Rok XLII. Kraków 9 Maja 1903. Nr. 19.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Dwa dalsze przypadki wycięcia śledziony.

Podał

Dr. Edward Cetnarowski,

lekarz oddziału.

Rozejrzawszy się w opisach wszystkich chorób śledziony, leczonych chirurgicznie w ostatnich czasach, a zwłaszcza jej wycięcia, musimy przyjść do przekonania, że zabieg ten chirurgiczny nabrał dziś istotnego i doniosłego znaczenia. Z jednej bowiem strony wzbogacił obficie zasób środków leczniczych w przebiegu bardzo wielu i to poważnych cierpień tego gruczołu, z drugiej zaś przyczynił się całym szeregiem następowych badań i spostrzeżeń do rozświecenia fizyologicznego zadania śledziony w ustroju, że wspomnę tu tylko o spostrzeżeniach Jonnesci co do wpływu śledziony na toksyczność moczu itp.

Zestawiając ze sobą wszystkie te przypadki, zauważyć również należy, że splenektomia dawała przeważnie pomyślne wyniki, o ile robioną była przy uwzględnieniu pewnych ściśle określonych wskazań i przeciwwskazań. Do rzędu pierwszych zaliczyć wypada: zimniczy obrzęk śledziony, jeżeli inne środki lecznicze, jak chinina, stosowana wewnętrznie lub podskórnie, zimne natryski na okolicę śledziony, elektryzowanie guza, zupełnie nie skutkują, a obrzęk sprawia znaczne dolegliwości choremu, dalej — nowotwory śledziony, gruźlica, bąblowiec, samoistny przerost, krwotoki przy zranieniach i pęknięciach śledziony, o ile w inny sposób utamować się nie dają. Do przeciwwskazań należą: zwyrodnienie skrobiowate śledziony, zastoinowy jej obrzęk, białaczka rzekoma i prawdziwa. Podczas gdy śmiertelność w ostatnich latach w pierwszej grupie wynosiła 18—19%, w drugiej natomiast wahała się od 96% do 100%. — liczba zastraszająca, która powinna być poważnem upomnieniem dla każdego chirurga. Jeżeli weźmiemy do rąk statystykę splenektomii specyalnie przy białaczce, przekonamy się, że na 42 chorych, operowanych do roku 1900, czterech tylko przetrzymało operacyę, z tych jeden tylko cieszyć się miał trwałą poprawą; trzech innych natomiast w ciągu krótkiego stosunkowo czasu zmarło wśród gwałtownego upadku sił (Bessel-Hagen). Dlatego też w najnowszych czasach cały szereg autorów, jak Ehrlich, F. Kraus, Braun i wielu innych, stanowczo przestrzega przed tym zabiegiem w podobnych przypadkach — może słusznie, o ile na razie sądzić można. Wycięcie śledziony już samo przez się jest zabiegiem operacyjnym bardzo ciężkim, tem cięższym jeszcze i niebezpieczniejszym, jeżeli uwzględni się, że operuje się osobnika wyniszczonego tak ciężką chorobą, jaką jest białaczka. Największe niebezpieczeństwo stanowi jednak brak należytej krzepliwości krwi, co powoduje czasami już wśród samej operacyi trudne do zatamowania krwotoki, a najczęściej daleko groźniejsze krwotoki pooperacyjne. Przypuśćmy, że chory szczęśliwie to niebezpieczeństwo ominął; zachodzi teraz pytanie, czy usunięcie śledziony wpłynęło na dalszy przebieg białaczki, czy też nie? Na to znowu cały szereg badaczy odpowiada stanowczo „nie“, gdyż niestety, nawet ten jeden powyżej przytoczony przypadek trwałego polepszenia miał miejsce w przebiegu bardzo wątpliwej białaczki (Bessel-Hagen), a w przedstawionym w ubiegłym roku na Zjeździe chirurgów polskich przypadku Pomorskiego kontrola następowa zbyt jeszcze była krótką.

I nie można absolutnie dziwić się ostremu zdaniu Bessel-Hagena, które wygłosił na 29-ym Kongresie chirurgów w Berlinie 1900 r.: „Deshalb werden wir auch, solange wir nicht im Stande sind die leukaemische Blutung zu beherrschen, die Exstirpation einer leukaemischen Milzgeschwulst für einen unverzeihlichen Fehler halten müssen, für ein Vorgehen, welches mit fast unweigerlicher Sicherheit den Kranken dem Tode überliefert“, — choć zdaniem prof. Trzebickyego dalsze próby operacyjne na tem polu, wobec dotychczas niepomyślnego rokowania w tej chorobie przy leczeniu wewnętrznem, są bądź co bądź wskazane.

W oddziale chirurgicznym szpitala św. Łazarza w roku ubiegłym na 5 splenektomij *) wykonano jedną z powodu białaczki. W naszym przypadku nienajgorszy zasób sił chorej i niezbyt wielkie nasilenie sprawy chorobowej, jak to z poniższego opisu, a zwłaszcza z dokonanych badań krwi łatwo wnioskować można, mogły skusić do spróbowania zabiegu operacyjnego; a choć bardzo rychłe zejście śmiertelne było jedynem efektem, to przecież zdaniem prof. Trzebickyego nie można go kłaść w zupełności na karb samej sprawy chorobowej; współwinę ponosi choć w części i technika operacyjna, jak to poniżej wykażę.

I. *Katarzyna Majewska*, l. 40, żona rolnika z Kamienicy.

Wywiady: W młodości nie przebywała żadnych chorób. Obecne cierpienie trwa od lat dwóch; ogólne osłabienie, częste kłócie w boku, duszność, bicie serca, ucisk w okolicy żołądka, brak łaknienia, zaparcie stolca, oto cały szereg podmiotowych objawów choroby. Od roku zauważyła powiększanie się brzucha, zwłaszcza po stronie lewej, od tego czasu odczuwa ciśnienie w brzuchu ku dołowi, nierzadko silne bóle w podżebrzu lewem, zwłaszcza przy cięższej pracy i przy schylaniu się.

Stan obecny. Wzrost mały, budowa kośćca mierna, odżywienie dość dobre. Skóra i błony śluzowe blade, bardzo niedokrewne skóra sucha, bez połysku. Płuca bez zmian. Stłumienie serca na prawidłowej przestrzeni; przysłuch wykazuje: tony serca dość głuche, kró-

*) Trzy ogłoszone w artykule Dra Strycharskiego: Trzy przypadki wycięcia śledziony. (Nowiny Lekarskie 1902, Zeszyt 10).

tki szmer skurczowy z niedokrewności. Tętno regularne, dość dobrze napięte, 100. Brzuch znacznie wypuklony, zwłaszcza w podżebrzu lewem; w brzuchu daje się wyczuć guz olbrzymich rozmiarów, zbitości twardej, o powierzchni gładkiej, brzegu gładkim, tępym, dość łatwo palcami podejść się dającym. Guz ten jest nieco tkliwy; przekracza na 2 palce linię środkową ciała, a ku dołowi nie dochodzi na dłoń do kości łonowej lewej. Nad guzem wypuk wyraźnie stłumiony; guz ten niezaprzeczenie jest znacznie powiększoną śledzioną. Wątroba niemacalna, wypukiem niepowiększona. Inne narządy bez zmian. Mocz prawidłowy. Ciepłota ciała niepodwyższona.

Przedsięwzięte badanie krwi dnia 20. IX. 02. dało wynik następujący. W świeżym preparacie krwi, badanym pod drobnowidem, uderza odrazu znacznie zwiększona obecność tworów krwi białych; liczne makro- i mikrocyty, nieliczne poikilocyty, lepkość krwi zmniejszona.

Liczba ciałek krwi czerwonych = 3,400.000
» » » białych . . = 50,000
Stosunek 1:68. Hg. (Gowers) . 55%

W preparatach ustalonych przez 24 godzin w alkoholu absolutnym, barwionych 1% wodnym rozczynem eozyny, a podbarwianych błękitem metylowym, znaleziono następujący obraz: neutrofilów 47%, eozynofilów 4%, myelocytów neutrofilnych 22%, myelocytów eozynofilnych 10%, komórek tucznych 5%, limfocytów 12%; liczne normoblasty 1:280.

Na podstawie tego badania krwi nie ulegało najmniejszej wątpliwości, że mamy do czynienia z białaczką pochodzenia szpikowego *(leucaemia myelogenes)*.

Dnia 22. IX. przystąpiono do wycięcia śledziony. W znieczuleniu eterowem poprowadzono cięcie, rozpoczynające się 3 ctm. poniżej łuku żebrowego lewego w linii sutkowej i przebiegające skośnie ku spojeniu łonowemu; bardzo skrzętnie i dokładnie zaopatrzono wszystkie naczynia skórne i mięśniowe. Po otwarciu jamy brzusznej wyważono śledzionę ogromnych rozmiarów, co przy braku wszelkich zrostów bardzo łatwo dało się wykonać; następnie przy zachowaniu wszelkich środków ostrożności, po kolejnem, bardzo dokładnem podwiązaniu wszystkich naczyń grubej, a krótkiej szypuły, wycięto śledzionę. Utrata krwi podczas operacyi była możebnie mała, nie wynosiła z pewnością nawet łyżeczki od kawy. Ranę w całości zaszyto. W dwie godziny po operacyi tętno było regularne, dość dobrze napięte, 110 uderzeń na minutę. Godzina 5-a popołudniu: chora blada, tętno nieregularne, słabo napięte, 120, ciepłota ciała 36·8° C.

23. IX. godzina 2 a w nocy. Bardzo znaczne osłabienie. Tętno słabo wyczuwalne, 140. Wstrzyknięto kofeinę. Godzina 5-a rano: chora trupio-blada, pokryta zimnym potem; tętno niemacalne. Godzina 7-a rano: śmierć wśród nader silnych potów.

Sekcya przedstawiała następujący obraz: narządy wewnętrzne blade; płuca bez zmian; serce wypełnione dość licznymi skrzepami, barwy zielonawo-żółtej, wejrzenia ropiastego; skrzepy te zupełnie nie przylegają do ścian serca. W jamie brzusznej dość obfita ilość krwi i skrzepów wejrzenia ropiastego. Wszystkie podwiązki pooperacyjne nienaruszone; mimo najdokładniejszego szukania nie można wykryć naczynia, z któregoby krwotok miał miejsce. W wątrobie i nerkach dość liczne niewielkie, ograniczone, charakterystyczne dla białaczki — nacieki. W częściach środkowych szpiku kostnego zaczerwienienie; w obwodowych naciek szary, ropiasty. Badanie histologiczne wyciętej śledziony, której długość wynosiła 38 ctm., szerokość 26 ctm., a grubość 14 ctm. i która ważyła 5,000 gramów, nie przemawia w niczem przeciwko rozpoznaniu białaczki.

Opisany wyżej przypadek, podobnie jak tyle innych poprzednio ogłoszonych, zdaje się wskazywać, że splenektomia przy białaczce, zwłaszcza przy białaczce szpikowej, powinna być stanowczo zarzuconą, jako operacya, która choremu zamiast korzyści sprowadza rychłą śmierć. Tę grupę chorób należy może w zupełności, niepodzielnie zostawić internistom, przed którymi otwiera się zupełnie nowe pole, jeszcze wprawdzie niedostatecznie wyjaśnione, ale które po wielu badaniach i próbach może w przyszłości da korzystne wyniki. Zauważono bowiem, że choroby zakaźne, jak gruźlica płuc, grypa, posocznica, róża, wywierają niezaprzeczony i to dodatni wpływ na przebieg białaczki. I tak Richter opisuje jeden przypadek, w którym u chorego, cierpiącego na białaczkę, z chwilą wystąpienia róży można było zauważyć znaczną poprawę w mięszaninie krwi, liczba ciałek białych spadła z 380.000 (!) na 29.100, również stan ogólny chorego znacznie się poprawił, odżywienie polepszyło się, chory przestał zupełnie gorączkować. Podobny, tylko jeszcze więcej pouczający przypadek, ogłasza E. Kraus; w przypadku tym równocześnie z pojawieniem się róży wszystkie objawy białaczki ustąpiły i chory żył przez pewien czas jako zupełnie uleczony z białaczki, aż uległ prosówkowej gruźlicy. Spostrzeżenia te są dosyć zachęcające do robienia nowych badań, spostrzeżeń, a nawet i prób. I nie można się dziwić zdaniu Lazarusa, które umieścił w swej pracy: „Die myeloide Leukaemie“: „Das Bestreben muss darauf gerichtet sein, bestimmte Abschwächungen der Infectionen oder Intoxicationen zu finden, die ausreichend sind, den leukaemischen Process zum Stillstand zu bringen, ohne doch das Leben des Patienten zu gefährden“.

Niepomyślny przebieg pooperacyjny przytoczonego przypadku sam przez się o tyle nie może stanowczo zaważyć na szali przeciw uprawnieniu splenektomii przy białaczce, że był to jedyny przypadek z pomiędzy 5 operowanych w naszym oddziale, w którym, wobec dokładnego i napozór absolutnego zatamowania krwotoku wśród operacyi, nie wytamponowano gazą jodoformową całej jamy, powstałej po wyjęciu śledziony, jak to robiono w reszcie naszych przypadków. Trudno dziś orzec, czy podobny tampon nie byłby zapobiegł śmiertelnemu miąższowemu krwotokowi. Bądź co bądź błąd ten techniczny zamąca zdaniem prof. Trzebickyego w niniejszym przypadku sąd o wartości operacyi przy białaczce, a niepomyślny ten przebieg sam przez się nie może jeszcze rozstrzygać w sprawie uprawnienia do tej operacyi. To też prof. Trzebicky w drugim podobnym przypadku jeszcze raz odważyłby się na zabieg operacyjny, a jedynie starałby się całe łożysko po wyjętej śledzionie, a więc głównie jamę pomiędzy przeponą, żebrami, a żołądkiem dokładnie wytamponować workami gazy jodoformowej.

Drugi przypadek wycięcia śledziony, a z rzędu 5, wykonany w naszym oddziale, był nader ciekawym z tego względu, że postawienie pewnego rozpoznania choroby było nader utrudnione. Od pierwszej chwili przyjęcia chorego na oddział podejrzywano zakażenie zimnicze, jednak tak przebieg choroby, jak i najdokładniejsze badanie krwi żadnych wyników dodatnich, przemawiających za zimnicą, nie dawały.

II. *Majer Rosenberg* l. 20, nauczyciel ludowy z Kozowy, przeniesiony na nasz oddział z rozpoznaniem: *Pseudoleukaemia* (?); *tumor lienis insignis; neoplasma flexurae coli lienalis* (?); *cachexia; enterorrhagia.*

Wywiady: choroba trwa rok; od czasu do czasu chory miewa napady dreszczów i gorączki; silne bóle w podżebrzu lewem; również od roku cierpi na silne zaparcie stolca tak, że zmuszony czasem wydobywać kał palcami; nieraz w stolcach pojawia się krew.

Stan obecny: chory dość dobrze zbudowany, licho odżywiony. Powłoki skórne ziemisto-żółte; wargi blade; język wilgotny, miernie obłożony białym nalotem. Wypuk na klatce piersiowej wszędzie jawny; granice: płuca prawego z przodu 6-te żebro, z tyłu 10-te; lewego z przodu 4-te górne, z tyłu 10-te; granice płuc ruchome. Przysłuchem stwierdza się szmery pęcherzykowe nieco zaostrzone. Stłumienie serca na przestrzeni prawidłowej, tony serca głuche. Tętno dobrze napięte, regularne, 76. Brzuch wzdęty; oglądaniem zewnętrznem stwierdzić można lekkie wypuklenie brzucha w okolicy podżebrza lewego, miejsce to jest miernie bolesne W temże miejscu daje się wyczuć w brzuchu

guz znacznej wielkości, o powierzchni gładkiej, brzegu twardym, tępym; jest on miernie bolesny, sięga na cztery palce poniżej łuku żebrowego lewego, a przekracza linię środkową ciała na trzy palce. Na przednim brzegu tego guza daje się wymacać wyraźny wręb. Guz ten przy oddechaniu wyraźnie porusza się; ponad guzem wypuk stłumiony, granica stłumienia od góry i dołu daje się wyraźnie oznaczyć; od tyłu natomiast ściśle ograniczyć się nie daje. Guz ten odpowiada znacznie powiększonej śledzionie. Inne narządy bez zmian. Mocz barwy winowo-żółtej, oddziaływania kwaśnego, białka i cukru nie zawiera, chlorki prawidłowe.

Badanie krwi 29. IX. 1902. Krew blada, lepkość zmniejszona, ciałka krwi czerwone nie układają się w długie rulony. W preparacie świeżym dużo mikrocytów i poikilocytów; ciałka krwi czerwone okazują endoglobularne zwyrodnienie. Ciałek krwi czerwonych 2,506.000, białych 2600; stosunek 1: 963,8; Hg. (Gowers) 39%. W preparatach ustalanych częścią w termostacie, częścią w alkoholu absolutnym i eterze, częścią w formalinie, a barwionych raz triacydem Ehrlicha, to znów 1% wodnym rozczynem eozyny i podbarwionych błękitem metylowym, częścią barwikiem Aronsohna, stosunek ciałek białych do siebie przedstawiał się, jak następuje: neutrofilów 85%, cieniów neutrofilnych 1%, ciałek przejściowych 5%, limfocytów dużych 4%, limfocytów małych 3%, eozynofilów 3%. Pojedyncze normoblasty. Pasorzytów zimniczych lub znamion białaczki nie wykryto

Na podstawie wywiadów, ogólnego badania chorego i mimo ujemnego wyniku badania krwi, przychylano się do rozpoznania: *Tumor lienis malaricus.*

Ponieważ podawanie wewnętrzne chininy i lodowe okłady, stosowane na powierzchnię guza, nie dawały żadnych wyników, a chory ustawicznie uskarżał się na bóle w okolicy guza, prof. Dr. Trzebicky zdecydował się na wykonanie operacyi, tj. wycięcie śledziony.

Dnia 10-go października 1902 r. przystąpiono do wykonania zabiegu operacyjnego. Poprowadzono cięcie ukośne, rozpoczynające się na brzegu łuku żebrowego w linii pachowej przedniej, a kończące się w linii środkowej nieco poniżej pępka. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono silne zrosty guza z siecią, jak również rozległe dość silne zrosty z przeponą tak, że główna część guza była wysoko ukrytą pod łukiem żebrowym, a wytoczenie go na zewnątrz trafiało na znaczne trudności, zwłaszcza, że i szypuła, zawierająca główne naczynia, była bardzo krótka. Przy oddzielaniu guza i podwiązywaniu naczyń naderwała się żyła śledzionowa, skutkiem czego wystąpił dość silny krwotok. Po dokładnem podwiązaniu szypuły i wszystkich zrostów, co sporo zajęło czasu, dla wszelkiej pewności wytamponowano jamę pod przeponą; ranę skórną częściowo zaszyto i opatrzono. Stan chorego tuż zaraz po operacyi był wcale niezły, tętno regularne, 100. Ponieważ chory skutkiem krwotoku śródoperacyjnego utracił dość znaczną ilość krwi, zrobiono hipodermoklizę z rozczynu fizyologicznego soli kuchennej, w objętości jednego litra.

Guz wycięty przedstawia znacznie powiększoną śledzionę; ciężar jej wynosi 3700 gramów, długość 35 ctm., szerokość 21 ctm., a grubość 7 ctm.

11. X. 1902. Ciepłota ciała 38° C. Tętno 94. Czkawka, chory nie wymiotuje.

12. X. 1902. Stan takisam.

13. X. 1902. Ciepłota ciała niepodwyższona. Tętno dobrze napięte, regularne, 92. Czkawka ustąpiła. Podano choremu rosół i herbatę Tego samego dnia dokonane badanie krwi dało wynik następujący: w preparacie świeżym daje się wykazać w ciałkach krwi czerwonych endoglobularny rozpad. Ciałek krwi czerwonych 3,240.000, białych 36 000, stosunek 1: 90, Hg. (Gowers) 55%. W preparatach ustalanych przez 15 minut w mięszaninie alkoholu absolutnego i eteru aa. a barwionych triacydem Ehrlicha, stosunek ciałek białych: neutrofilów 88%, limfocytów 12%. Pojedyncze normoblasty. Poszukiwanie plasmodyów zimniczych dało wynik ujemny.

14. X. 1902. Rano: stan chorego dobry. Tętno pełne, równe, 96. Ciepłota ciała niepodwyższona. Wieczorem ciepłota 38·2° C., chory uskarża się na bóle brzucha, podano czopek z makowcem.

15. X. 1902. Ciepłota prawidłowa. Tętno dobre. Tego samego dnia dokonane badanie krwi dało wynik następujący: ciałek krwi czerwonych 3,480.000, białych 27.000, stosunek 1: 200, Hg. (G) 50%. W preparatach barwionych stosunek ciałek białych do siebie: neutrofilów 84%, limfocytów 12%, eozynofilów 4%. Pojedyncze normoblasty. Poszukiwanie plasmodyów zimniczych dało wynik ujemny.

16. X. 1902. Stan chorego niezmieniony.

17. X. 1902. Stan chorego takisam. Zmiana opatrunku, setony naciągnięto; rana goi się dobrze. Badanie krwi tegoż dnia dało wynik następujący: ciałek krwi czerwonych 2,900.000, białych 21.200, stosunek 1: 136, Hg. (G) 42%. W preparatach barwionych: neutrofilów 84%, limfocytów 4%, eozynofilów 12% Pojedyncze normoblasty. Poszukiwanie posorzytów zimniczych dało wynik ujemny.

22. X. 1902. Stan chorego dobry. Ciepłota ciała niepodwyższona. Tętno regularne, dobrze napięte, 94. Zmieniono opatrunek ; szwy wyjęto, setony naciągnięto. Powierzchnia zewnętrzna rany znacznie zmniejszona przez silnie wybujałą ziarninę. Badanie krwi tegoż dnia wykazało: w preparacie świeżym krew blada, lepkość zmniejszona; wiele mikro- i poikilocytów; w ciałkach krwi czerwonych tu i ówdzie endoglobularne zwyrodnienie; ciałek krwi czerwonych 3,270.000, białych 28.200, stosunek 1: 116, Hg. (G) 40%. W preparatach barwionych stosunek ciałek białych krwi do siebie takisam, jak w poprzedniem badaniu. Przy dokładnem przeglądaniu preparatów barwionych daje się zauważyć zmniejszenie się liczby ciałek krwi czerwonych jądrzastych. Najdokładniejsze poszukiwanie za pasorzytami zimniczymi dało wynik ujemny.

23. X. 1902. Stan chorego dobry.

24. X. 1902. Ciepłota ciała 38·2° C. Tętno dobre, 96. Zmiana opatrunku; z głębi rany wydobywa się nieco ropy. Po wyjęciu setonów i oczyszczeniu rany wprowadzono gruby sączek (dren), który wchodzi na długość 16 ctm. Założono opatrunek.

25. X. 1902. Zmiana opatrunku codziennie. Po wyjęciu sączka wylała się z otworu rany dość znaczna ilość ropy. Ranę przepłókano 3% rozczynem kwasu borowego, przyczem z rany wyszły 2 grube podwiązki jedwabne; założono z powrotem sączek i opatrzono. Ciepłota ciała rano 37·4° C., pod wieczór 38° C. Badanie krwi: ciałek krwi czerwonych 3,100.000, białych 8300; stosunek 1: 373. Hg. (G) 40%. W preparatach barwionych: neutrofilów 74%, ciałek przejściowych 2%, limfocytów małych 22%, eozynofilów 2%. Poszukiwanie plasmodyów zimniczych dało wynik ujemny.

27. X. 1902. Chory uskarża się na ból w barku prawym; przy poruszaniu nim czuć wyraźne trzeszczenie. Podano proszek salicylowy à 0·5.

1. XI. 1902. Stan chorego dobry. Ciepłota ciała niepodwyższona. Tętno dobrze napięte, regularne, 90. Po wyjęciu sączka z rany wydobywa się nieznaczna ilość ropy. Ranę dokładnie oczyszczono rozczynem kwasu borowego, wstrzyknięto do rany 5 ctm.³ zawiesiny jodoformowej, wprowadzono sączek z powrotem i opatrzono.

3. XI. 1902. Przy zmianie opatrunku daje się zauważyć stałe zmniejszanie się ilości wydzieliny ropnej.

4. XI. 1902. Stan chorego dobry. Tegoż dnia dokonane badanie krwi dało wynik następujący: ciałek krwi czerwonych 2,664,000; białych 5,200, stosunek 1:512, Hg. (G.) 44%. W preparatach krwi barwionych stosunek ciałek krwi białych do siebie zupełnie prawidłowy. W ciałkach krwi czerwonych, mniej w ciałkach białych, tu i ówdzie dają się zauważyć wyraźne straty barwika. Krew barwi się licho.

8. XI. Przy zmianie opatrunku znaleziono tylko minimalną ilość wydzieliny ropnej w ranie. Powierzchnia rany znacznie zmniejszona; zgłębnik wchodzi w głąb na 8 ctm. (pierwotnie, pomimo wsunięcia całego zgłębnika, nie można było dotrzeć do dna rany); zewnętrzny otwór rany, jako też kanał rany, znacznie zwężone. Stan chorego zupełnie zadowalniający.

10. XI. 1902. Stan chorego dobry. Ciepłota ciała niepodwyższona. Tętno pełne, regularne. Badanie krwi, wykonane tegoż dnia, potwierdziło ostatecznie przez nas postawione rozpoznanie w kierunku zakażenia zimniczego. Ciałek krwi czerwowych 3,240,000; białych 14,200, stosunek 1:228, Hg. (G.) 42%. Neutrofilów 78%, ciałek przejściowych 4%, limfocytów dużych 11%, limfocytów małych 5%, eozynofilów 2%. W preparacie krwi świeżej można było zauważyć mikro- i makrocyty, liczne poikilocyty, tak zw. „Pessarformen“; w licznych ciałkach krwi czerwonych, silniej zabarwionych od reszty, twory kuliste, drobne, tu i ówdzie wykonujące dość wyraźne ruchy ameboidalne; w innych ciałkach czerwonych twory nieco większe, kształtem zbliżone już to do poprzednich, już też pod postacią pierścieni, ze złogami barwika; ruchów ameboidalnych w nich zauważyć nie można było. W preparatach barwionych metodą Romanowskyego (t. j. po ustaleniu wrzuca się preparaty na 2—3 godzin w mieszaninę stężonego rozczynu błękitu metylowego (1 część) i 1% wodnego rozczynu eozyny (2 części), po wy-

jęciu opłókuje się w wodzie i zalepia na szkiełko) można było stwierdzić mięszane zakażenie pasorzytami zimniczymi grupy II-giej: mianowicie niepigmentowanym i pigmentowanym pasorzytem zimnicy codziennej. Obraz mikroskopowy przedstawiał się jak następuje: w bardzo licznych ciałkach krwi czerwonych twory kuliste, niebiesko zabarwione, zajmują jedną czwartą objętości ciałka czerwonego; w mniej licznych ciałkach czerwonych, twory podobne do poprzednich kształtem i zabarwieniem, ze złogami barwika, który to barwik jest umiejscowiony już to pod postacią delikatnych słupków na powierzchni tychże tworów, już też w formie nieregularnych grudek w środku pasorzyta. Spor, jako też półksiężyców, nie zauważono, co się zgadza z spostrzeżeniami rozmaitych autorów w zupełności, że pasorzyty te rozmnażają się nie we krwi obwodowej, ale w wewnętrznych narządach.

Podano chininę po 0·40 grm., trzy proszki dziennie.

14. XI. 1902. Badanie krwi: ciałek krwi czerwonych 3,336,000, białych 8,800, stosunek 1:379, Hg. (G.) 45%. W preparatach świeżych i barwionych obraz taki sam z tą różnicą tylko, że niezaprzeczenie daje się zauważyć zmniejszenie się ilości pasorzytów, zwłaszcza pigmentowanych.

Przez cały dalszy czas pobytu w szpitalu chory nigdy nie gorączkował. Robione co trzy dni badania krwi na pasorzyty zimnicze dawały zawsze wynik ten sam, t. j. dodatni, jakkolwiek nie można było zaprzeczyć, że ilość pasorzytów znacznie się zmniejszyła. Liczba ciałek krwi czerwonych i ilość hemoglobiny stale się zwiększała tak, że robione badanie krwi 10. XII. 1902. dało wynik następujący: ciałek krwi czerwonych 3,700,000; białych 8,000, stosunek 1:462, Hg. (G.) 49%.

Stan chorego przy opuszczaniu szpitala był bardzo dobry, co w równej mierze wyraźnie się odbijało na jego wejrzeniu, jak i na zasobie sił.

Jeżeli raz jeszcze rozejrzymy się w opisie choroby, nabrać musimy przekonania, że przypadek ten należy do rzędu bardzo ciekawych, gdyż mieliśmy do czynienia z ciężkiem zakażeniem zimniczem, przebiegającem bez żadnej gorączki; gdyż wzniesienie ciepłoty, jakie spostrzegano przez pierwsze trzy dni po operacyi, należy odnieść do samego zabiegu chirurgicznego, a późniejsze podwyższenia ciepłoty były w związku z ropieniem rany. Przez długi czas badania krwi, robione w kierunku pasorzytów zimniczych, nie dają żadnych rozstrzygających wyników, a krew sama przedstawia tylko obraz dość ciężkiej niedokrewności. Znanymi są podobne ciężkie, a nader rzadkie przypadki zakażenia zimniczego, w których naczynia włosowate narządów wewnętrznych są wprost zapchane pasorzytami, a we krwi obwodowej albo zupełnie ich niema, albo też w bardzo tylko nieznacznej ilości. W tych przypadkach należałoby właściwie zawsze robić nakłócie śledzionowe, zabieg bądź co bądź jednak wcale nie obojętny. Badanie histologiczne śledziony wykazało tylko rozszerzenie naczyń krwionośnych i znaczny rozwój tkanki włóknistej, a więc także do postawienia ścisłego rozpoznania się nie przyczyniło.

W cztery tygodnie po dokonanej splenektomii pierwszy raz we krwi zauważono straty barwika, przez co uczynione rozpoznanie guza zimniczego śledziony nabrało wszelkiego prawdopodobieństwa. Gdyż opierając się na tem, że barwik we krwi znachodzi się tylko w durze powrotnym, chorobie Addisona, pewnych zatruciach, a głównie w zimnicy i mogąc równocześnie wykluczyć te stany chorobowe z wszelką pewnością, pozostawało samo zakażenie zimnicze, jako czynnik powodujący pojawienie się barwika we krwi. W tydzień później robione ponowne badanie krwi stwierdziło w zupełności słuszność poprzedniego przypuszczenia.

Rozpoczęte podawanie choremu chininy nie było uwieńczone tym skutkiem, jakiego się spodziewano, gdyż aż do chwili opuszczenia oddziału przez chorego można było wykazać we krwi pasorzyty zimnicze, co prawda w bardzo małej ilości.

Samo wycięcie śledziony wpłynęło bardzo dodatnio na ogólny stan chorego; uwolniło go bowiem od guza, który swoją wielkością, umiejscowieniem i bolesnością wielkie sprawiał dolegliwości, a w przyszłości mógł chorego narazić na wiele więcej jeszcze cierpień i groźnych następstw, np. przez skręcenie szypuły.

Mięszanina krwi przez czas pobytu chorego w oddziale uległa widocznej poprawie; gdy bowiem przy pierwszem badaniu znaleziono 2,506.000 ciałek krwi czerwonych, 2600 białych, a Hg. 39% (G), — badanie ostatnie dało wynik następujący: ciałek krwi czerwonych 3,700 000 (+ 1,200.000), białych 8000 (liczba prawidłowa), a Hg. 49% G (+10%). Inne znamiona ciężkiej niedokrewności, jak wyraźna poikilocytoza, pojawianie się t. zw. „Pessarformen“, endoglobularne zwyrodnienie ciałek krwi czerwonych, również zacierają się w następnych badaniach coraz bardziej. Tę poprawę mięszaniny krwi przypisać należy z jednej strony usunięciu śledziony, a więc w tym przypadku jednego z pierwszorzędnych ognisk zakażenia zimniczego, z drugiej strony lepszemu i nasilonemu odżywianiu się chorego w oddziale.

Co się tyczy samego zabiegu operacyjnego, to w opisie jego musiały uderzyć każdego dwa szczegóły, mianowicie, że istniały bardzo rozległe, silne zrosty między śledzioną a przeponą i że śledziona była bardzo wielka, ważyła bowiem 3700 grm. Zwracam uwagę dlatego na te szczegóły, że stoją one w sprzeczności z dawnemi zapatrywaniami, dotyczącemi przeciwwskazań wycinania śledzion zimniczych. Pierwotnie sądzono, że silne zrosty między śledzioną a otoczeniem, jak również nadmierna wielkość śledziony, stanowią ze względu na utrudnienie zabiegu operacyjnego dostateczne wskazanie do jego zaniechania; Péan, Adelmann, Vulpius ustanowili nawet pewną granicę dla wielkości i wagi śledziony, przy których spodziewać się można korzystnego wyniku splenektomii; według nich waga śledziony, mającej być wyciętą, nie powinna przekraczać 3 kg. Liczne spostrzeżenia, poczynione przez Jonnesco, dalej nasz przypadek obecny, jak niemniej i jeden z dawniejszych przypadków naszych, opisanych przez Dra Strycharskiego, zadają dostateczny kłam wszystkim tym twierdzeniom.

Na jedną rzecz chciałbym jeszcze zwrócić uwagę, mianowicie, że w przytoczonym przypadku nie można było zauważyć tego, co spostrzegali Péan, Trendelenburg, Czerny, t. j. w pierwszych dniach po wyjęciu śledziony zmniejszenia się liczby ciałek krwi czerwonych i hemoglobiny. Owszem w tym przypadku, w 4 dni po dokonanym zabiegu operacyjnym, liczba ciałek krwi czerwonych była większą o 700.000, a hemoglobiny o 16%, aniżeli podczas badania na dziesięć dni przed operacyą. Jedna tylko leukocytoza i tu miała miejsce, podobnie jak w przypadkach powyższych autorów.

Na zakończenie pozwalam sobie złożyć serdeczne podziękowanie JWP. Prof. Drowi Trzebickyemu za Jego nader cenne wskazówki, jak również za łaskawe pozwolenie mi korzystania z materyału oddziałowego.

II. Higiena wzroku w okresie szkolnym *).

Napisał
Dr. Adam Langie.

Z chwilą gdy dziecko dojdzie do wieku szkolnego rozpoczyna się nauka: oczy zaczynają ciężko pracować, a praca ta trwać ma lata, czasem całe życie, aż do śmierci. Niezmiernie jest więc ważnem, aby warunki, w jakich się nauka czy to domowa, czy szkolna odbywa, były nie tylko dla całego ustroju, ale także i dla oczu jak najkorzystniejsze i jak najmniej wzrok wysilające. Jeżeli bowiem niehigieniczne warunki szkodzą oczom zdrowym, prawidłowym, to tem więcej i prędzej szkodzić muszą oczom o refrakcyi już nieprawidłowej, albo oczom słabowitym, usposobionym do nabycia różnych wad w wieku, kiedy oczy te rosną i rozwijają się, a nie nabyły jeszcze dostatecznej odporności.

Zwłaszcza powstawanie krótkiego wzroku i coraz większy jego rozwój w miarę zwiększających się z latami wymagań, jakie mu stawia nauka, jest tak pewnem, dowiedzionem przez liczne badania, że istnieje w okulistyce osobna nazwa „myopii szkolnej“ na oznaczenie krótkiego wzroku, wytwarzającego się podczas okresu szkolnego. Oprócz myopii wytwarza się pod wpływem nauki wśród niekorzystnych warunków higienicznych także zez w oczach o refrakcyi nadmiarowej i objawy niedomogi akomodacyjnej.

Przedewszystkiem nie powinno się zanadto wcześnie zaczynać nauki i nie forsować nią, jak to bywa, gdy dziecko jest zdolne i dobrą obdarzone pamięcią. Kształcenie umysłu musi iść w parze z rozwojem fizycznym, a jednak tak często bywa ten ostatni zaniedbywanym na korzyść pierwszego. Należy wykorzenić ową fałszywą ambicyę wielu rodziców, którzy lubią chwalić się, że ich dziecko już w 5-tym lub 6-tym roku życia umie płynnie czytać. Takie przedwczesne forsowanie ani dla oczu, ani dla reszty ustroju na zdrowie wyjść nie może, a czy dziecko o rok wcześniej czyta lub nie, na dalszy jego rozwój umysłowy, zdolności i karyerę, o którą tylu rodzicom już zawczasu chodzi, zupełnie nie wpłynie.

Gdy dziecko już chodzi do szkoły, najważniejszą jest rzeczą, aby w niej przestrzegano wszystkich postulatów higieny wzroku. Idealnych szkół w pojęciu higienicznem nie mamy dziś jeszcze, jakkolwiek w ostatnich czasach znać już duży postęp, tem więc pilniej rodzice w domu, a nauczyciele w szkole powinni uważać ciągle, aby ta nauka, każdemu dziś potrzebna, która człowieka podnosi, uszlachetnia i daje chleb w rękę i stanowisko w społeczeństwie, była prowadzoną bez podkopywania zdrowia w ogólności, a wzroku w szczególności i zamiast błogich owoców nie zasiewała zarodów choroby na całe życie. Tem bardziej tam, gdzie istnieje przymus szkolny, nie ma nikt prawa żądać od rodziców, aby posyłali dzieci do szkoły tak urządzonej, że niszczy im zdrowie i o kalectwo przyprawia. Przymus szkolny jest pożyteczny i potrzebny, nikt rozsądny nie będzie mu oponował, ale niechże szkoła będzie urządzoną i prowadzoną wzorowo pod względem higienicznym, tego każdy ojciec i każda matka musi i ma prawo się domagać.

M y o p i a s z k o l n a. Szkoła niehigieniczna jest po prostu fabryką krótkowidzów. Znakomity higienista niemiecki C o h n poświęcił temu przedmiotowi lata całe badań nadzwyczaj ścisłych i pracowitych, których wynikiem jest zestawiona obszernie statystyka myopii szkolnej i zbiór przepisów zapobiegawczych.

Już przed nim zwracali okuliści uwagę, że liczba ludzi krótkowidzących wzrasta w miarę, jak społeczeństwo stoi na wyższym szczeblu oświaty do tego stopnia, że niektórzy autorowie chcieli w liczbie przypadków myopii u różnych narodów widzieć miarę stopnia ich cywilizacyi. Nawiasem wspomnieć wypada, że twierdzenia tego bronili autorowie niemieccy prawdopodobnie dla tego, że istotnie wśród Niemców najwięcej znachodzi się myopów. Jest w tem pewna racya, ale nie można wysnuwać ztąd wniosków tak daleko idących, raczej przypisać to złemu systemowi szkolnemu, polegającemu na przeciążaniu dziecka nauką i złym warunkom, wśród jakich nauka ta się odbywa. Stwierdzono bowiem niezbicie w szkołach, w których zastosowane zostały wzorowe przepisy higieny wzroku, zmniejszenie się liczby krótkowidzów i że myopia tam wogóle nie dochodzi do bardzo wysokich stopni. Ja odwróciłbym twierdzenie autorów niemieckich w ten sposób, że liczba myopów jakiegoś narodu jest właśnie miarą nizkiej jego cywilizacyi, bo widocznie ma źle urządzone szkoły, zły system nauki i nie pojmuje w jaki sposób dałoby się temu zaradzić.

Z badań dokonanych w różnych szkołach wynika jasno, że nauka jest tym czynnikiem, który w pierwszym rzędzie przyczynia się do powstania myopii. Dowodzą tego następujące fakta: Im szkoła wyższa, w której nauka odbywa się dłużej i jest trudniejszą, tem większa liczba krótkowidzów między uczniami. I tak n. p. w szkołach wiejskich znalazł C o h n 1·4% krótkowidzów, w szkołach elementarnych po miastach 6·7%, w gimnazyach 26·2%, a między słuchaczami uniwersytetu 59%. Dalej w szkole tego samego typu wzrasta liczba uczniów krótkowidzących od klasy do klasy. C o h n, zbadawszy wzrok wszystkich uczniów w 24 gimnazyach i szkołach realnych, znalazł następujące odsetki krótkowidzów, od najniższej do najwyższej klasy: 15·5%, 18·2%, 23·7%, 31%, 41·3%, 55·8%. I to nie tylko rośnie odsetek myopów z klasami, ale powiększa się też w prostym stosunku i stopień krótkiego wzroku od najniższego w klasie pierwszej, do coraz wyższego w klasach wyższych.

Na podstawie tych dat śmiało wysnuć można wniosek, że z jednej strony w czasie studyów szkolnych pewna część i to znaczna dzieci, o wzroku miarowym na początku nauki, staje się z biegiem lat krótkowidzami, z drugiej strony, że u dzieci już krótkowidzących w pierwszej klasie myopia ich rośnie, dochodząc z chwilą ukończenia szkół do bardzo nieraz wysokich stopni.

Do powstawania myopii przyczynia się w pewnej części i ta okoliczność, że dzieci zwykle trzymają bliżej książkę, niż tego ich wzrok wymaga. Wielokrotnie przekonałem się o tem, gdy rodzice przyprowadzili mi dziecko ze skargą, że zbliża oczy zanadto do książki, podczas gdy badanie wykazało, że niema żadnej wady refrakcyi i że rzeczywiście może czytać w odległości dwa, nawet trzy i cztery razy większej, niż to zwykle czyni. To samo stwierdził B e r l i n, który znalazł w pewnej szkole żeńskiej przeciętną odległość, w jakiej uczennice trzymały głowę od zeszytu przy pisaniu, wynoszącą 11 ctm., podczas gdy większość ich nie miała wcale jeszcze krótkiego wzroku.

*) Wyjątek z większej pracy, która wyjdzie w osobnem wydaniu książkowem.

Jeżeli jednak nauka jest tym czynnikiem, wywołującym krótki wzrok, dla czegoż nie wszyscy ludzie, którzy się uczyli, stają się myopami? Widocznie muszą przy tem grać rolę jeszcze jakieś inne wpływy uboczne. I rzeczywiście jest ich cały szereg, jedne zewnętrzne, jak: złe oświetlenie, czy to dzienne, czy sztuczne, przy nauce wieczornej; zła konstrukcya ławek, niehigieniczny program nauki, niewyraźny lub zbyt mały druk, zły papier w książkach itd. Drugie są indywidualne, jak: usposobienie wrodzone, odziedziczone najczęściej po rodzicach, do nabycia krótkiego wzroku i upośledzona z jakichkolwiek powodów bystrość wzroku, np. wskutek dawniej przebytych chorób ocznych, pozostawiających zaćmienie przeźroczystych części oka, która zmusza dziecko do zbytniego zbliżania oczu do książki lub zeszytu. Oprócz wymienionych i inne jeszcze warunki ułatwiają pośrednio wytworzenie się krótkiego wzroku w oczach usposobionych do tego, jak: bezkrwistość, wyniszczenie ustroju z powodu złych stosunków higienicznych lub przebytych dłuższych ciężkich chorób. Często np. spostrzegali okuliści fakt taki: u dzieci z nizką myopią po przebytym durze, płonicy lub innej dłuższej chorobie, krótki wzrok zaczyna nagle i szybko wzrastać, zwłaszcza jeżeli dzieci te zbyt wcześnie po chorobie zaczęły się uczyć.

Że zaś krótki wzrok nie jest obojętnym, lecz jest już rodzajem kalectwa, zrozumieć łatwo. W większej części przypadków, gdy myopia jest nizkiego stopnia, niemiłem jest takiemu krótkowidzowi, że zdaleka gorzej widzi, niż inni i że musi posługiwać się szkłami. To samo byłoby jeszcze bagatelą, ale jeżeli zważymy, że krótki wzrok może się powiększać i dojść do tego, że po latach studyów człowiek stanie się niezdolnym do swego zawodu, jeżeli ten wymaga bystrego wzroku, dalej, że wysokie stopnie myopii wikłają się bardzo często w wieku już dojrzałym lub na starość ze zmianami chorobowemi w głębszych częściach oka, które wzrok albo znacznie i trwale upośledzają, albo nawet sprowadzają ślepotę, a w każdym razie trudne są do wyleczenia lub zgoła nieuleczalne, zrozumiemy, że każde oko krótkowidzące uważać należy za patologiczne i wszelkiemi siłami starać się wcześnie usunąć wszystko, co może krótki wzrok wywołać u dzieci, lub przyczynić się do zwiększenia tej wady, jeżeli już istnieje.

Dla tego wszelkie ulepszenia w szkołach, wymagane przez higienę wzroku, mają głównie na celu umożliwienie nauki w jak najkorzystniejszych dla oczu warunkach tak, aby nie dopuścić, o ile to możliwe, do powstawania myopii w wieku tym i wśród okoliczności takich właśnie, które na powstawanie jej najbardziej wpływają. (Ciąg dalszy nast.).

III. Dalsze typowe i atypowe formy afazyi.

Podał

Dr. Rafał Spira.

II

Zapomocą szematów*) jesteśmy w stanie zrozumieć prawie wszystkie formy zboczeń mowy. Szemat umożebnia nam rozejrzenie się w objawach, wykombinowanie i oznaczenie siedziby choroby, a temsamem ułatwia rozpoznanie topograficzne afazyi. Liczne spostrzeżenia kliniczne wielu autorów dowodzą, że znaczna część obrazów chorobowych zgadza się z tymi szematami. Odpowiednie historye choroby podali Kussmaul, Lichtheim, Wernicke, Charcot, Pick, Ołtuszewski i wielu innych. Jednakże, o ile szematy mają wartość oryentacyjną i dydaktyczną, o tyle znaczenie ich naukowe jest ograniczone i przez wielu uczonych mocno zakwestyonowane. Zdarzają się bowiem i są opisane przypadki, które nie dają się podciągnąć pod żaden z wyżej podanych typów afazyi i szematów, jak np. przypadek Ołtuszewskiego. Chory, rozumiejąc mowę i czytanie, oraz piszący zupełnie prawidłowo, nie jest jednak w stanie samodzielnie mówić. Ołtuszewski zalicza ten przypadek do swojej kategoryi afazyi ruchowej zmysłowej (p. n.). Inny chory liczy od 1 do 20 kolejno bardzo dobrze, a nie jest w stanie wymówić pewnej pojedynczej liczby, np. 20; pisze ją zaś, jak wszystko inne, dobrze, a więc jest to rodzaj afazyi ruchowej bez agrafii.

Podobne obrazy chorobowe, nie zgadzające się z przyjętemi formami typowemi, dają się wytłómaczyć różnemi okolicznościami. Przedewszystkiem rodzaj i stopień zmiany chorobowej mogą być różne i wskutek tego mogą wywołać na temsamem miejscu raz podniecenie, podrażnienie któregokolwiek ośrodka, lub dróg kojarzennych; innym razem osłabienie, zniszczenie, albo wreszcie spaczenie ich sprawności, więc nadczynność, nieczynność, niedoczynność i czynność wadliwa. Zależnie od rozległości i nasilenia zmiany chorobowej objawy nie są zawsze równe. Raz sprawa chorobowa zajmuje mniejszą lub większą część ośrodka, innym razem cały ośrodek, lub też część sąsiednią; szczególnie drogi sąsiednie, łączące różne ośrodki, mogą przez jedno ognisko być przerwane, albo nadwerężone. Odpowiednie miejsce może być zniszczone, mniej lub więcej zanikłe, albo tylko źle odżywione. Ztąd pochodzi, że różne funkcye mowy, jak odruchowe powtarzanie, słyszenie i rozumienie słów (percepcya i apercepcya), mogą przez częściowe zmiany być upośledzone w różnym stopniu. Zmiany nie niszczące całkowicie funkcyi ośrodka, upośledzają przedewszystkiem jego pobudliwość samodzielną, podczas gdy jego pobudliwość przez inną sferę zmysłową jest jeszcze utrzymana. Np. chory nie może znaleźć wyrazu dla zegarka, wymawia jednak odrazu to słowo, gdy ma zegarek przed oczyma, albo umie je powtórzyć za kimś innym, który je wymówił. Nareszcie może być równocześnie zajętych kilka ośrodków i dróg, mogą zachodzić przypadki zawikłane, mięszane, skombinowane przez równoczesne ogniska rozsiane w różnych ośrodkach, w następstwie czego obrazy chorobowe stają się niejasne, zatarte.

Ośrodki korowe mowy leżą w obrębie rozgałęzienia tętnicy mózgowej średniej i zboczenie krążenia w większej gałęzi tego naczynia może wywołać niewydolność kilku ośrodków i ich dróg. Widzieliśmy też, że różne ośrodki są ze sobą w skojarzeniu fizyologicznem szlakami, którymi odbywa się rozwój i nauczenie się mowy. Tymi samymi szlakami może się udzielić podrażnienie chorobowe jednego ośrodka innemu, będącemu z nim w połączeniu. Zatem nietylko zmiany anatomiczne, lecz także czynnościowe jednej części mózgu mogą pociągać za sobą podobne zmiany i zaburzenia czynnościowe i odżywcze w innej, połączonej z nią czynnościowo części kory. Można też przypuścić, że ognisko chorobowe w jednym ośrodku mowy może uwarunkować zmiany odżywcze albo zanikowe w innym. Podobne zjawisko wi-

*) Patrz »Przegląd lekarski N. N. 1, 2, 3 i 4 t. r.

dzimy w sferze ruchowej przy doświadczeniach na zwierzętach. Podrażnienie pewnego miejsca ruchowego kory wywołuje w odpowiedniej grupie mięśni drgania, które później z jednych przechodzą do coraz innych, a nareszcie do drgań ogólnych. Krause wykazał, że podrażnienie jednostronne kory w miejscu, odpowiadającem naprężaczom strun głosowych, wywołuje także drgania po stronie przeciwnej; uszkodzenie zaś jednostronne tego miejsca nie wywołuje porażenia trwałego.

Trudność zdania sobie sprawy, z jaką formą afazyi mamy w danym razie do czynienia, może się zwiększać jeszcze z tego powodu, że objawy, na pewną formę afazyi składające się, ustępują nierównomiernie i z niejednakową prędkością i ztąd powstają obrazy przejściowe; np w głuchocie wyrazowej zrozumienie słyszanych wyrazów może powrócić, a złączona z nią utrata zdolności pisania i czytania pozostać. Nie jest też wykluczonem, że sąsiednie części kory, albo miejsca symetryczne drugiej półkuli, mogą częściowo zastępować zniszczone albo niesprawne ośrodki i drogi dla mowy półkuli lewej. W przypadkach mięszanych przeważa raz charakter ruchowy, raz czuciowy, zależnie po części od czynników indywidualnych (p. niżej). Rzadkie, a może jedyne w swoim rodzaju spostrzeżenie, tyczące się kombinacyi postaci podkorowej i pozakorowej afazyi czuciowej podaje Adler. Rzadkością jest t. zw. afazya zupełna, t. j. bezwzględna głuchota i afazya czuciowa, oraz ruchowa. Innym znowu razem zaburzenia mowy stanowią objaw częściowy rozleglejszej choroby mózgu, jak np. ogólnego zaniku, zaniku starczego i t. d. Obok więc anatomicznych uszkodzeń ogniskowych mogą równocześnie zachodzić niesprawności czynnościowe, dalej zaburzenia psychiczne, wikłające obraz chorobowy i utrudniające jego rozbiór i wyjaśnienie.

Odróżnienie różnych form afazyi może ulegać trudnościom jeszcze pod innym względem. Jeżeli n. p. chory źle czyta, może być trudnem do rozstrzygnięcia, czy on cierpi na paraleksyę, t. j. że obrazy optyczne liter nie są poprawne, czy na parafazyę, to znaczy, że dobrze widzi, a źle wymawia. W pierwszym razie chorą jest droga impresyjna, czuciowa, dośrodkowa, w drugim droga ekspresyjna, ruchowa, odśrodkowa. W afazyach czynnościowych, np. w nerwicy ze strachu, trudno nawet czasem odróżnić dysfazyę od dysartryi.

Bardzo ważny czynnik w obrazie chorobowym stanowi indywidualność chorego. Nie jest bowiem wykluczonem, a jest nawet prawdopodobnem, że w umiejscowieniu, przebiegu i połączeniu różnych ośrodków i dróg kojarzennych istnieją różne odmiany indywidualne. Analogicznie bowiem do makroskopowo znachodzących się odmian w przebiegu naczyń krwionośnych i nerwów, podobnie do wykazanych przez Flechsiga różnic w drogach rdzenia pacierzowego, można *à priori* przypuścić, że także w budowie histologicznej najdelikatniejszych komórek i włókien w mózgu zachodzą różne odmiany albo zboczenia u różnych osobników. Wychodząc z tego założenia należy przyznać, że także funkcye mózgowe u różnych osób odbywać się mogą różnemi drogami. A więc gdy przeważa mowa wewnętrzna, pobudzenie ośrodków słownych, czuciowego i ruchowego, zdaniem Wernickego poprzedza czytanie i pisanie; być może, że te czynności u pewnych osób odbywają się innemi drogami, w sposób odmienny, przyjęty przez innych autorów.

Nareszcie wiemy z życia codziennego, że rozwój i sprawność ośrodków podlega różnym zmianom u różnych osób. Jako dowód różnego rozwinięcia ośrodków zmysłowych może służyć n. p. zmysł wzrokowy artysty malarza, zmysł słuchowy artysty muzyka, które mogą być bardzo wysoko rozwinięte, niezależnie od sprawności narządów obwodowych oka, względnie ucha. Niemniej można uważać podobne różnice makroskopowe w rozwoju względnych ośrodków u różnych zwierząt. Tak n. p. gdy u człowieka zrazik węchowy jest zaledwie zarysowany, szczątkowy, w niektórych rodzinach ssawców znajdujemy, że płat węchowy zajmuje znaczną część mózgowia.

Różny stopień sprawności ośrodków pamięciowych zmysłowych uwydatnia się już w życiu codziennem. Jeden ma lepszą pamięć do tego, co słyszy, drugi zaś do tego, co widzi lub wymawia; trzeci znowu zachowuje dobrze w pamięci smak wina, albo jakiejś potrawy. Niejeden ma lepszą pamięć rysów twarzy, inny liczb, trzeci melodyi. Nie ulega zresztą wątpliwości, że wpływ dziedziczności, stopnia wykształcenia, rodzaju zatrudnienia i ćwiczenia odgrywa tu doniosłą rolę. Ja mam np. lepszą pamięć tego, co czytałem; ktoś inny tego, co słyszał, kiedy ktoś coś mówił, wykładał itd. Wszyscy pomagamy naszej pamięci w ten sposób, że bierzemy na pomoc inną pamięć np. dla zapamiętania adresu chorego, którego mamy odwiedzić. Jeżeli jakiś wyraz albo adres notujemy, wtedy pamiętamy go lepiej, mimo że nawet później do notatnika wcale nie zaglądamy. Uczymy się lepiej i łatwiej na pamięć wierszy, jeżeli je przepiszemy. Pochodzi to ztąd, że do wrażenia słuchowego, któregośmy doznali, słysząc adres chorego, dołączamy wrażenia wzrokowe i ruchowe, które wywołujemy przez napisanie i to już wystarcza, że go lepiej pamiętamy. Tem także wytłómaczyć można przypadek Westphala (p. niżej), tyczący się chorego, cierpiącego na aleksyę, który był w stanie czytać tylko zapomocą ruchów, zwykle używanych do pisania.

Przy mowie odgrywają główną rolę trzy składniki wyrazu: słuchowy, ruchowy i wzrokowy. Myśląc o słowie i chcąc je wyrazić, przedstawiamy sobie połączone z niem wyobrażenie słuchowe, ruchowe (narządów artykulacyjnych) i wzrokowe (piśmienne). Przytem zachodzą znowu różnice indywidualne. U jednego w pierwszym rzędzie czynne są obrazy pamięciowe akustyczne, u innego wzrokowe, u trzeciego ruchowe. Gdy ja zacząłem mówić po polsku w późniejszym wieku, miewałem przed wymówieniem każdego wyrazu zawsze przed sobą obraz wzrokowy słowa, tj. jak ono wygląda w piśmie, mówiłem zatem zapomocą pamięci wzrokowej, podczas gdy u innego przeważa pamięć słuchowa, t. j. dźwięku słowa, jak je słyszał. Prawdopodobnie to zależy od sposobu, jakim się języka nauczyło. Jeżeli np. ktoś się uczy obcego języka z książki, jako autodydakt, wtedy przy mowie budzi się u niego przedewszystkiem wyobrażenie optyczne; jeżeli zaś przyswaja sobie obcy język drogą wykładu przez nauczyciela, albo praktycznie, ćwicząc się przez rozmowę z otoczeniem, wtedy wyobrażenie słuchowe odgrywa w mowie pierwszorzędną rolę. Ta różnica wyciska także swoje piętno na wymowie osobnika.

Przewagę różnych ośrodków pamięciowych mowy u różnych osób najwybitniej podniósł Charcot, odróżniając pod tym względem cztery gromady osób: *les visuels, les auditifs, les moteurs d'articulation, les moteurs graphiques*, a prócz tego

jeszcze największą gromadę, *les indifferents*, u których wszystkie ośrodki równomiernie biorą udział w tworzeniu pojęcia słownego. Ołtuszewski odróżnia „wzrokowców“, u których przewagę mają wyobrażenia wzrokowe, „osoby typu słuchowego“, przypominające sobie wyraz przez powstanie wyobrażenia dźwiękowego danego wyrazu, a które mówią, czytają i piszą zapomocą obrazów pamięciowych słuchowych, i „ruchowców“, u których wspomnienie czuć mięśniowych, wyobrażenie ruchowe, służy za podstawę dla przypomnienia sobie wyrazów. Podobnież Ziehen zaznacza, że przy pisaniu i czytaniu raz jeden, raz drugi ośrodek ma przeważający udział.

Oczywista rzecz, że zależnie od ośrodka przeważającego danej osoby wynik zmian chorobowych w tych ośrodkach będzie różnym. Najczęściej istnieją zmysły zrównoważone, gdzie wszystkie te obrazy biorą udział w mowie wewnętrznej. Ale także u tych pamięć ruchowa odgrywa zdaniem Ołtuszewskiego tak ważną rolę, że jej utrata upośledza mowę wewnętrzną, jej zniszczenie zaś upośledza także pamięć słuchową (według prawa Bastiana) tak, że własnowolne pobudzenie ośrodka słuchowego jest niemożliwe. Na tej podstawie mniema Ołtuszewski, że utrata pamięci ruchowej znosi lub upośledza mowę wewnętrzną, jak to już dawniej Stricker (p. niżej) twierdził. Pick na podstawie spostrzeżeń klinicznych zwraca uwagę na dominujące znaczenie utrzymanej identyfikacyi akustycznej, jak również ruchowego składnika mowy na czynności psychiczne wogóle.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Wyciągi.

Wilbert (Bingen nad Renem). **O wpływie przerostu migdałków gardlanych na rozwój umysłowy i cielesny dzieci.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 6, 1903). Operacyjne usunięcie tych wyrośli gruczołowatych jest wskazanem tylko wtedy, jeżeli one wywołują objawy chorobowe, bądźto w postaci utrudnienia w oddechaniu nosowem i upośledzenie słuchu, bądź też objawy odruchowe, jak lęk nocny, moczenie mimowolne, pląsawica, opóźnienie rozwoju umysłowego. Choroba ta niezawsze wywołuje wymienione objawy. Zależy to jeszcze od innych czynników, mianowicie od budowy anatomicznej nosa i podniebienia i uwarunkowanej przez nią przestronności jamy nosowo-gardlanej. Tak zwana „postać gruczołowata“ (*habitus adenoidalis*) nie jest pewną oznaką przerostu migdałków gardlanych, aczkolwiek jest nią z reguły. Badając 375 dzieci szkolnych, znajdował autor przerost migdałków w 62%; objawy zaś chorobowe, zależne od tego przerostu, w 33%. W późniejszym wieku dzieci (w 12-tym i 13-tym roku życia) częstość tej choroby, jakoteż objawów przez nią wywoływanych, znacznie się zmniejsza. Na objawy nerwowe cierpiało 5%, — na zaburzenia słuchu 27%, z tych u 8% bystrość słuchu dla szeptu wynosiła 0—1 m., u 14% 1—5 m. Przewlekłe zapalenie ropne ucha środkowego stwierdzono w 1%. Rokowanie w tych przypadkach jest pomyślne o tyle, że wczesne i stosowne leczenie łatwo sprowadza poprawę; natomiast pozostawienie naturze nie zmienia tego stanu, albo nawet on się pogarsza. Dalsze poszukiwania wykazały, że 85% dzieci niezdolnych (umysłowo słabych) i 77% źle uczących się (nieuważających i leniwych) cierpi na przerost tych migdałków.

Wyniki przytoczone powinny zwracać w wysokim stopniu uwagę lekarzy praktycznych na tę chorobę wieku dziecięcego, a jeszcze więcej zająć lekarzy szkolnych, oraz władze szkolne. *Spira.*

Meinhold. **Dalszy przypadek hemoglobinuryi w ciąży.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1903, Nr. 6). U młodej osoby pojawiła się w pierwszych miesiącach ciąży hemoglobinurya i pomimo leczenia nie ustępowała, aż dopiero nagle znikła dobrowolnie zaraz po porodzie. Objawy kliniczne: blada, lekko żółtawa cera, bezsenność, świąd skóry, osłabienie, ciemny mocz. Stolce niekiedy odbarwione. Chemicznie: w moczu hemoglobina i białko, czasem bilirubina i urobilina; ilość moczu zmniejszona, ciężar gatunkowy nieco wyższy. Pod drobnowidem: bezkształtne pierwiastki krwi i odosobnione szkliste wałeczki. Ważnym jest brak kolki żółciowej, obrzęków, jakoteż zaburzeń podczas porodu. Przyczyna niewyjaśniona.

G. Grzybowski (Kraków).

Bruns. **Promienica śródkostna szczęki dolnej.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1903, Nr. 6). Postać ta promienicy szczęki dolnej należy do rzadkości; powstanie jej różnie tłomaczą. Niektórzy twierdzą, że punktem wyjścia promienicy kości może być ząb zepsuty; jednakże badania Bostroema i Baracza zbijają to twierdzenie; przenosi się ona zazwyczaj z części miękkich, jakkolwiek niektórzy znów znajdowali w kanałach zębowych grudki promienicze. Występuje ona w dwóch postaciach: jako próchnica i jako naciek nowotworowy wewnątrz kości; w pierwszej wytwarzają się jamy wypełnione swoistą ziarniną, które zapomocą przetok łączą się z innemi jamami, zamienionemi w ropnie. Takie przypadki opisują Israel, Guder, Murphy i Février. Druga postać polega na wytworzeniu się nacieku nowotworowego, któryby można nazwać według autora „actinomycoma“ („promieniak“ według sprawozdawcy). Charakterystycznem jest dla niego zgrubienie szczęki dolnej, w okolicy kąta szczęki, nadto brak lub też nieznaczne zajęcie pokrywających części miękkich. Zgrubienie to powstaje z blaszki kostnej mniej lub więcej ścieńczałej, zamykającej kilka jamek, wypełnionych tkanką promieniczą, już to rozmiękłą, już też twardą, mięsakowatą. Dotychczas był tylko jeden przypadek, podany przez Ducor-Ponceta, gdzie guz był wielkości głowy dziecka, zajmował prawy kąt szczęki dolnej, a pokrywała go skóra niezmieniona. Po przecięciu znaleziono tuzin jamek oddzielonych przegrodami, zamiast kości była skorupa włóknistokostna. Autor zalicza przypadek swój do tej postaci promienicy: u 30-letniego chorego znalazł guz w lewym kącie szczęki dolnej, twardy, zbity, w niektórych punktach bolesny; skóra nad nim niezmieniona, dobrze przesuwalna. Rozpoznano mięsaka kości; guz szybko rósł, stawał się coraz bardziej bolesnym. Przy operacyi natrafiono na jamkę, wypełnioną miazgą, która pod drobnowidem dała obraz typowy promienicy. Wyskrobano doszczętnie i wymyto wacikiem sublimatowym. Od 10 lat nawrotu niema. Przypadek ten poucza, iż przy guzach szczęki dolnej powinno się myśleć o promieniaku, gdyż możnaby czasem zupełnie niepotrzebnie wyciąć szczękę.

B. Żmigród.

Dr. Schwarz (Praga). **O odsetkowym stosunku poszczególnych postaci bocznych zboczeń kręgosłupa.** (*Časopis lekařů českých*, 1903 Nr. 12.) Schwarz zwraca uwagę, że przeważna liczba dzieci ulega w pierwszych miesiącach życia lekkiemu całkowitemu lewostronnemu wygięciu kręgosłupa, które zostaje wywołane noszeniem dziecka na lewem ręku matki lub piastunki. Wygięcie to u dzieci krzywiczych jest rozwinięte znacznie silniej, a od chwili, gdy dziecko zaczyna uczyć się chodzić, wyrównywa się powoli. U niektórych dzieci utrzymuje się jednak bez zmian aż do czasu uczęszczania do szkoły. W pierwszym roku szkolnym dzieci takie przeważnie mają jeszcze mniej lub więcej wyraźnie lewostronne całkowite wygięcie kręgosłupa. Jako następstwo zajęć szkolnych występuje w dalszym ciągu zmiana w wygięciu kręgosłupa: część grzbietowa przegina się więcej w stronę prawą, natomiast część lędźwiowa zatrzymuje swe lewostronne wygięcie. Tym sposobem przychodzi do tego, że w wyższych klasach przeważa u uczniów prawostronne grzbietowe boczne wygięcie kręgosłupa; znika zaś całkowite lewostronne.

Po wprowadzeniu w szkołach pisma prostopadłego, zapomocą którego zapobieżono wytwarzaniu się grzbietowego prawostronnego wygięcia kręgosłupa, zauważył Schwarz, że liczba całkowitych lewostronnych wygięć się zwiększyła właśnie dlatego, że zmiana ich na wygięcia prawostronne grzbietowe była uniemożliwiona. Wogóle podnosi Schwarz, że nasza statystyka nie jest jeszcze należycie opracowana i dlatego nie może się w wielu miejscach zgadzać.

Chlumský (Kraków).

Sacharow. **Chirurgia śledziony wędrującej.** (*Russkij Wracz* 1903, Nr. 2). S. opisuje przypadek wycięcia śledziony wędrującej, której objętość przewyższała 4 razy prawidłową; obrzmienie wywołała zimnica; śledzionę można było z łatwością przesuwać w różnych kierunkach i na znacznej przestrzeni. Chora uskarżała się na nieznośne bóle, zwłaszcza podczas pracy fizycznej; w ostatnich 2½ latach bóle okresowo znacznie przybierały na sile; okresy nasilenia trwały od trzech dni do dwóch tygodni. W dwa tygodnie po wycięciu śledziony krew zawierała 60% hemoglobiny, 2,840.000 krwinek czerwonych i 24.800 białych; stosunek wzajemny krwinek wynosił 1: 115; wśród krwinek białych było dużo jednojądrowych. W pięć tygodni po operacyi ilość hemoglobiny wynosiła 78%, krwinek czerwonych 3,200.000, białych 18.000; stosunek 1: 180; liczba jednojądrowych zostawała jeszcze zwiększoną. W cztery miesiące po operacyi chora czuła się zupełnie zdrową. Z objawów pooperacyjnych S. zaznacza znaczne wzmożenie łaknienia, które zauważali i inni chirurdzy. *Witold Orłowski* (Ptbg.)

Prof. Popow. I. **Niedomykalność zastawek półksiężycowych tętnicy głównej i zastawki dwudzielnej.** (*Wojenno-Medicinskij Żurnal*, 1902). — II. **Czasowe czynnościowe zwężenie lewego ujścia żylnego z niedomykalnością zastawki dwudzielnej w przypadkach przewlekłego zapalenia śródsierdzia i serca zmęczonego** (*cor lassum*). (*Bolnicznaja Gazeta Botkina* 1903, Nr. 3—5). Według prof. Popowa szmer przedskurczowy może być czynnościowy, jak to stwierdziła w jednym przypadku sekcya. Słyszy się go w niektórych przypadkach niedomykalności zastawek tętnicy głównej i zastawki dwudzielnej; powstaje zaś w ten sposób, że wskutek upośledzonej czynności mięśni brodawkowatych serca i rozkurczowego rozluźnienia mięśnia sercowego wogóle, zwrotna fala krwi z tętnicy głównej wypycha w niedomykalności zastawek tętnicy głównej zastawkę dwudzielną w górę, w kierunku przedsionka lewego; zmienione wskutek tego położenie zastawki dwudzielnej stanowi razem z krwią, znajdującą się w lewej komórce, przeszkodę dla postępującego prądu krwi z przedsionka lewego do komory podczas skurczu przedsionka. Przedskurczowy szmer czynnościowy może również wystąpić w przypadkach zaburzenia czynności serca i znacznego jego osłabienia w razie niedomykalności zastawki dwudzielnej pochodzenia organicznego. Tenże objaw spostrzegał wreszcie P. i w przewlekłem zapaleniu śródsierdzia. W tych razach nie zwrotna fala krwi z tętnicy głównej wypycha zastawkę dwudzielną, lecz krew, pozostała w lewej komorze podczas skurczu, wskutek słabego i niezupełnego skurczu. Ten więc objaw spostrzega się w tych przypadkach, w których skurcze serca są nadzwyczaj słabe, niemiarowe i częste (120—140 na 1'); przeszło połowa skurczów w tych przypadkach nie wywołuje zwykle tętna w tętnicy sprychowej. Rzecz prosta, że wskutek nadzwyczaj osłabionej czynności serca lewa komora rozciąga się w znacznym stopniu i jest w stanie wyrzucić podczas skurczu tylko część tej krwi, która się w niej zawiera. Reszta krwi, pozostając w komorze lewej osłabionego serca, utrzymuje zastawkę dwudzielną w położeniu podniesionem; zastawka więc razem z pozostałą krwią stoi na drodze prądowi krwi, dążącemu podczas rozkurczu z lewego przedsionka do lewej komory. Okoliczność ta sprowadza szmer przedskurczowy. Do niego dołącza się zwykle natychmiast szmer skurczowy, powstający podczas skurczu komory, wskutek przedostawania się krwi do przedsionka, wywołanego osłabieniem mięśni brodawkowatych serca. W ten sposób wytwarza się całokształt objawów ze strony serca, właściwy dla organicznego zwężenia lewego ujścia żylnego, powikłanego z niedomykalnością zastawki dwudzielnej, z tą jednak różnicą, że te objawy czynnościowe odznaczają się słabszą siłą, mniejszą stałością i nie wywołują objawów następowych, n. p. wzmocnienia drugiego dźwięku nad tętnicą płucną. Zdanie swoje P. popiera przytoczeniem jednego ze swoich spostrzeżeń, w którem szmery przedskurczowy i skurczowy znikły z poprawą śródmiąższowej sprawy zapalnej w śródsierdziu. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Dr. C. Lauenstein. **W sprawie uśpienia tlenowo-chloroformowego.** (*Ctrbl. für Chir.* 1903, Nr. 6). L. używał przez dłuższy czas przyrządu Dräger-Rotha do znieczulenia mieszanego tlenem i chloroformem. Wykonał tym przyrządem około 120 uśpień bez przypadku i bez złych następstw. Gdy się jednak pojawiła rozprawa Dra L. Michaelisa, wskazująca na to, że chloroform pod wpływem tlenu zmienić może swój skład chemiczny, odstąpił od tej metody całkowicie i powrócił napowrót do czystego chloroformu. *Herman.*

Dr. O. Bender. **Nerka wędrująca i skrzywienie boczne kręgosłupa.** (*Ctrbl. für Chir.* 1903, Nr. 2). Dziewczyna 22-letnia zgłosiła się z powodu silnych bólów lędźwiowych. Znaleziono skrzywienie kręgosłupa w części lędźwiowej na prawo, w części piersiowej na lewo i okręcenie się jego wzdłuż osi prostopadłej. Obok tego znaleziono nerkę ruchomą prawostronną. Z przebiegu cierpienia, gwałtownych bólów itd. wnosi autor, że skrzywienie boczne kręgosłupa w tym przypadku pozostaje w związku przyczynowym z nerką wędrującą. Dowodu przekonywującego nie dostarcza, gdyż chora na przyszycie nerki nie zgodziła się. *Herman.*

A. Moeller (Belzig). **W jakim stanie chorego można przyjąć do sanatoryum?** (*Zeitschrift f. Tuberculose,* Tom 4, Zeszyt 2, 1903). Z punktu klinicznego Moeller uważa jako zdatnych do leczenia sanatoryalnego chorych, dotkniętych następującemi chorobami: 1) nieżytem jednego szczytu, lub naciekiem jednego szczytu z objawami nieżytowymi, albo bez nich; 2) jednem z powyższych dwóch cierpień w jednym szczycie, obok zmienionych szmerów oddechowych w drugim; 3) zmienionymi szmerami w obu szczytach; 4) wreszcie naciekiem połowy jednego górnego płatu z objawami nieżytu lub bez nich. Przytem wymaga, żeby wszystkie inne narządy były zupełnie zdrowe, ciepłota ciała prawidłowa, a mocz żeby nie zawierał białka ani cukru i nie wykazywał reakcyi diazowej. Pod uwagę należy brać nie tylko stan płuc, lecz i wiele innych okoliczności, które mogą świadczyć na korzyść chorego, nawet gdy cierpienie jego jest rozleglejsze, niż to podano na wstępie, a więc przedewszystkiem trwanie choroby, jeżeli gruźlica trwa już lat kilka, nie wzmagając się wybitnie, co wskazuje na pewną odporność ustroju, na którą można liczyć podczas leczenia; następnie uwzględnić należy dziedziczność, warunki ekonomiczne, charakter i usposobienie chorego, wreszcie jego wiek. Jeżeli wszystkie te dane wypadną na korzyść chorego, to Moeller decyduje się przyjąć na pewien czas tytułem próby takich chorych, którzy okazują: nieżyt obu szczytów lub jednego całego płata, naciek górnego lub dolnego płata z objawami nieżytu, lub bez nich. Ponieważ do sanatoryów powinno się przyjmować wyłącznie chorych gruźliczych, przeto dla uniknięcia pomyłek autor radzi wyczerpać wszystkie środki i metody rozpoznawania i uważa, że należałoby przy poliklinikach i sanatoryach urządzić kursa uzupełniające dla młodych lekarzy, aby mogli wyćwiczyć się w najdrobniejszych szczegółach i metodach klinicznego i bakteryologicznego badania. *Z. Czaplicki.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 22 kwietnia 1903.

Przewodniczy kol. Prof. Nowak. Obecnych członków 28.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytany przyjęto.

II. Kol. Przewodniczący poświęcił kilka słów ku uczczeniu pamięci zmarłego ś. p. kol. Filimowskiego, które obecni wysłuchali stojąc.

III. Kol. Gliński demonstrował i omówił: *a*) przypadek samoistnego pęknięcia jelita u 2½ rocznego dziecka z wytworzeniem się nieprawidłowego odbytu sztucznego wewnętrznego. Celem porównania przedstawił jednocześnie kol. prelegent dwa analogiczne przypadki ze zbiorów muzealnych zakładu anatomii patologicznej Uniw. Jag.; *b*) dwa przypadki niedrożności jelit cienkich u noworodków. (Rzecz przeznaczona do druku).

IV Kol. Prof. Ciechanowski przedstawia i omawia

1) okaz wrodzonej niedrożności dwunastnicy powyżej ujścia przewodu żółciowego wspólnego;

2) dwa uchyłki prawdziwe dwunastnicy; jeden z mężczyzny 77 letniego, usadowiony w sąsiedztwie ujść przewodu żółciowego wspólnego i przewodu trzustki, wypuklający się ku głowie trzustki, a zawierający zgęstniałe masy żółciowe i drugi z kobiety 46-letniej, usadowiony tuż pod odźwiernikiem, wywołany, jak się zdaje, przez trzustkę dodatkową, co rozstrzygnie badanie mikroskopowe.

3) kilka okazów rzadszej lokalizacyi gruźlicy (gruźlica nerki, moczowodu, gruczołu krokowego, pęcherza, pęcherzyków nasiennych i całej cewki moczowej u mężczyzny 40-l. z dawniejszą gruźlicą płuc i świeżą ogólną gruźlicą prosówkową; gruźlica macicy i jajowodu, oraz gruczołów zaotrzewnowych u kobiety 52 letniej bez znaczniejszych zmian gruźliczych w innych narządach; pierwotna gruźlica jelit u mężczyzny 20 letniego, zmarłego z zapalenia otrzewnej).

V. Doc. Dr. Marchlewski wygłosił odczyt: »O wynikach najnowszych badań nad chlorofilem i barwikiem krwi«. (Rzecz przeznaczona do druku). *Dr. Dobrowolski*, sekretarz doroczny.

VI. Z dziejów medycyny w Polsce.

Przez

Bł. p. prof. dra Józefa Oettingera.

(Ciąg dalszy).

Pierwsze szpitale w Polsce, lekarze, badacze. Najdawniejszy szpital w Polsce powstał, — jak podaje Gąsiorowski, — w Poznaniu roku 1170 za Mieczysława Starego; był to szpital św. Michała, potem nazwany św. Jana Jerozolimskiego. W Krakowie (Zieleniewski: Notatki do hist. akuszeryi w Polsce. Warszawa 1862 str. 7) Jan Prandota z Białaczewa, biskup krakowski, pospolicie ojcem ubogich nazwany, wybudował szpital, klasztor i kościół pod wezwaniem św. Ducha przy kościele św. Krzyża, oddając

wszystko w r. 1244 pod zarząd braciom szpitalnym, zwanym Duchakami: *Fratr. hospitalarii ordinis St. Spiritus in saxia de urbe*, ustanowionym w Rzymie między 1198 a 1216 roku przez Innocentego III, sprowadzonym do Polski z Wiednia do Sławkowa przez Pętkę, biskupa krakowskiego, w r. 1203, a przeniesionym do Prądnika przez biskupa Iwona w r. 1220.

Zakład ten zwyczajem ówczesnym miał cechę przeważnie religijną, a przeznaczony był na schronienie dla podrzutków, tudzież dla kalek, starych i chorych, wreszcie dla ciężarnych i położnic.

W kronikach znajdują się dość częste wzmianki o lekarzach w ogólności, niosących pomoc chorym królom i panom. Kształcili się oni zapewne w szkołach zagranicznych, głównie włoskich, a może i w paryskiej. Oprócz Polaków rodowitych było bez wątpienia wielu cudzoziemców, już to duchownych, którzy jak wiadomo w owych wiekach leczeniem się trudnili, już to świeckich, a między tymi może i żydowskich, których spółplemieńcy już w XII wieku, chroniąc się przed prześladowaniem, znaleźli byli gościnny tu przytułek. Byli między nimi zapewne i wychowańcy szkół arabskich, zwłaszcza, że znajdowało się ich wielu w Czechach, skąd wraz z duchownymi przenieść się mogli do Polski.

Długosz, mówiąc o śmierci Mieczysława w r. 1034, dodaje, że ani kilkomiesięczne zabiegi lekarzów, ani moc ziół, nie zdołała odwrócić skonu.

Gallus, kronikarz z XII wieku, wspomina biegłego lekarza, który stolnikowi (dapifer) Wojsławowi, skaleczonemu przy oblężeniu Międzyrzecza w ciemię *(in vertice)*, kości zręcznie powyjmował. Gąsiorowski, na mylnych opierając się źródłach, a raczej w swej gorliwości o pomnożenie starożytnej sławy narodu, czyni wzmiankę o pierwszym rzekomo lekarzu Polaku: Janie Smerze z r. mniej więcej 900, wszelako Dr. Adr. Baraniecki dowiódł niewątpliwie, co zresztą już był wypowiedział Lelewel, że cała powiastka o tym lekarzu księcia Włodzimierza I w Kijowie, wyprawionym niby na Wschód dla zbadania najlepszej wiary i o liście pisanym przez tegoż z Aleksandryi o najlepszych chrześcijanach, z całem mistycznem jego zakończeniem, jest zmyśleniem późniejszych polskich sekciarzy, usiłujących zohydzić obrządek łaciński i grecki. Tem mniej zaś przemawiać to źródło może za lekarzem Polakiem, gdyż tylko przez nieuwagę i nieznajomość niemieckiego tłómacza wyraz „Polovacius“ (Połowczanin) oddany został przez „Polak“ *(Johannem Smeram Polovacium Medicum doctum et probum virum)*.

Z XIII wieku wspomniany jest przez dominikana Nowowiejskiego w dziele jego *Phoenix* lekarz poznański Jan z powodu, iż wdowa jego zapisała zakonowi kamienicę, a w archiwach poznańskich w w. XIV lekarz Mikołaj.

Chlubą nie tylko narodu, ale wieku swojego, który światłem swej nauki o wiele prześcignął spółczesnych, był badacz przyrody, Vitellio, jak dodaje Wiszniewski w nawiasie (zapewne Ciołek), urodzony w Polsce, podobno w Krakowie, z ojca Turynga, który tu osiadł za Bolesława Wstydliwego, a matki Polki, żył około r. 1270, za czasów Baszkona i Marcina Polaka.

Niemcy chcieliby go sobie, jak i Kopernika, przywłaszczyć i do swojego policzyć narodu; jednakże pochodzenia jego polskiego dowodzą zbyt oczywiście szczegóły, aby w tej mierze mogła pozostać jakaś wątpliwość. Jakoż był nauczycielem w szkole P. Maryi, jak świadczy w rękopiśmie Kołłątaj; sam w dziele swojem, traktującem o optyce, mówiąc o tęczy tak się wyraża: *„in terra nostra Polonia circa elevationem quinquaginta graduum“*, często wspomina puszczę Borek pod Krakowem. Montukla, autor historyi nauk matematycznych, nazywa go Polakiem; w bibliotece laurerańskiej we Florencyi rękopis dzieła jego ma napis: Vitellionis Poloni. Uczył się w Rzymie i Padwie; zapoznał się także z piśmiennictwem arabskiem, poświęcając się z zamiłowaniem matematyce i fizyce. Zasłynął dziełem swojem o optyce, nauce, wówczas ledwie znanej, a tem mniej uprawianej. Składa się ono z 10 ksiąg. Pierwsza zawiera twierdzenia geometryczne w zastosowaniu do światła, dodając do zaczerpniętych z Euklidesa, Ptolomeusza, Apolloniusza i innych własne autora. W 2-giej księdze jest mowa o świetle, idącem w prostej linii i odbiciu się jego od przedmiotów na utworzenie obrazów. Korzystał w niej z Alhazena, lecz rzecz uprościł. Mówi tu także o cieniu i jego kształtach. W 3-ciej księdze opisany jest skład oka i sprawa wzrokowa; w 4-tej zastanawia się nad złudzeniami wzrokowemi. O zwierciadłach i ich skutkach optycznych prawi w księdze 5-tej, mianowicie zaś głównie o płaskich; w 6-tej o wypukłych; w 7-mej o walcowatych i ostro-kręgowych; w 8-mej o wklęsłych; w 9-tej o walcowatych i ostro-kręgowych, mających powierzchnię wklęsłą, o kulistych i parabolicznych.

Dziesiąta księga poświęcona jest rozbiorowi światła, przechodzącego przez ciała przejrzyste i tu najwięcej swoich własnych pomysłów rozwinął, torując drogę wynalazkom Newtona, do których już nader się zbliżył, zwłaszcza co do rozdzielenia się światła na barwy tęczowe. Mylnie zatem niektórzy twierdzili, że Vitellio Alhazena przełożył tylko lub wyjątki z niego podawał; wszakże wydawca obudwu w XVI stuleciu Fryderyk Risner słusznie powiada: *„Si artis opifex atque autor habendus sit, qui arti formam animamque dedit, Vitellio iure optimo artis opticae autor habeatur“*. Nie wiem, na jakiej zasadzie utrzymuje Wiszniewski, że Vitellio robił doświadczenia optyczne przy mogile Krakusa na górze Lasota i że go lud ciemny, jak w Anglii Rogera Bakona, poczytywał za czarnoksiężnika. Wnosi on stąd, iż może on był owym czarnoksiężnikiem Twardowskim, co Zygmuntowi Augustowi postać Barbary po śmierci ukazał, zwłaszcza, że w Węgrowskim kościele wisi w zakrystyi nade drzwiami zwierciadło metalowe z napisem łacińskim, że jest własnością Twardowskiego.

Jak powszechnej optyka Vitelliona używała powagi, dowodzi o tem ta okoliczność, że słynny Kepler dzieło swoje nazwał: *„Paralipomena in Vitellionis opticam“*.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Sprawozdanie c. k. krajowej Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w roku 1899.

Zestawił

Dr. Jan Gwiazdomorski.

(Ciąg dalszy).

V. Służba zdrowia.

Tablica ułożona roku zeszłego przez piszącego te słowa, a uzupełniona liczbami za rok sprawozdawczy, przedstawia się jak następuje:

W roku	Było w Galicyi: Doktorów medycyny	Było w Galicyi: Magistrów i patronów chirurgii	Było w Galicyi: Razem lekarzy	Jeden lekarz przypada na mieszkańców: w Galicyi	Jeden lekarz przypada na mieszkańców: w całej monarchii	Na posadach rządowych, autonom. prywatnych było lekarzy	Bez posad było lekarzy	Weterynarzy było	Położnych było	Aptek było
1873	386	365	751	7214	?	329	422	26	893	188
1894	910	168	1078	6130	2938	595	463	139	1590	254
1895	965	161	1126	5821	?	663	463	150	1699	254
1896	1070	167(?)	1226	5390	2605	712	519	176	1761	254
1897	1133	144	1277	5133	2497	721	556	184	1887	256
1898	1154	135	1289	5085	2408	751	538	208	1933	259
1899	1190	129	1319	?	?	775	544	206	1982	265

Jak w roku zeszłym ma i tegoroczne Sprawozdanie dział zatytułowany „Publiczna ochrona zdrowia“, w tym roku nawet obszerniejszy, w którym inne szczegóły, dotyczące „Służby zdrowia“, będą omawiane.

VI. Parowe aparaty desinfekcyjne.

Przyrządów takich (stałych i ruchomych) było w roku 1899 w Galicyi 202, t. j. o 15 więcej, niż w roku 1898. Sprawozdanie przytacza, ile przyrządów miały gminy, sądy, szpitale i t. p., jakie systemy były używane (najwięcej Rychnowskiego 59). Natomiast brak wszelkiej wzmianki, w jakim te przyrządy były stanie, czy miały odpowiednio wyćwiczoną posługę, czy należycie i z jakim skutkiem były używane itp.

Publiczna ochrona zdrowia.

1. Asanacya.

Rok 1899 wyróżnia się nadzwyczaj korzystnie dążnością nie tylko władz, większych miast, starostw, rad powiatowych, lecz nawet gmin wiejskich, ba nawet pojedynczych wieśniaków, do zaopatrywania się w dobrą wodę. Na czele idą obie stolice, w których rozpoczęta w r. 1898 budowa wodociągów raźnym krokiem postępuje. I Biała przeprowadza roboty wstępne, celem zaopatrzenia się, jeśli już nie we wodę źródlaną, jak w roku zeszłym mylnie doniesiono, to przynajmniej w wodociąg, dostarczający wody rzecznej z mało zamieszkanego okręgu Straconki. Kamionka zrekonstruowała swe wodociągi, zakładając 3 betonowe zbiorniki, kładąc 2750 m. nowych rur żelaznych i otwierając w mieście kilka studni publicznych. Ulepszył też swój wodociąg i Sędziszów, kładąc rury kamienne w miejsce drewnianych.

Energiczną czynność rozwijają też niektóre Rady powiatowe, budując znacznym nieraz kosztem liczne studnie w pewnych gminach. Tak n. p. w powiecie liskim wybudowano w r. 1899 studni nowych 102 i, jak mówi Sprawozdeani, „przerwano w ten sposób z roku na rok szerzące się epidemie tyfusu brzusznego“.

W powiecie łańcuckim wybudowano 44 studni, podobnież w tłumackim i stanisławowskim. Rada powiatowa tego ostatniego powiatu zawarła układ z pewnym studniarzem, który za pewnem wynagrodzeniem podjął się budować w gminach powiatu studnie abisyńskie pompowe. Przeciętna cena takiej studni wynosi około 60 koron, a zbudowano ich w tym powiecie i roku 128. Wydział powiatowy wadowicki udziela gminom, w których z powodu położenia nad Wisłą koszta budowy studni są duże, pożyczek do wysokości połowy kosztów. W powiecie chrzanowskim postawiła sobie komisya zdrowotna za główne zadanie, aby wszystkie gminy miały dobrą wodę. W budżecie rocznym powiatu husiatyńskiego znajdujemy kwotę 1596 złr. wstawioną w tym celu, aby 15 gminom tego powiatu dostarczyć dobrej wody, a oprócz tego w 3 gminach 324 złr. dla dozorcy studzien.

Przytoczyliśmy ustępy te, jako nadzwyczaj pocieszający objaw zrozumienia potrzeb zdrowotnych ze strony coraz to szerszych kół ludności. Dodajemy, że w roku 1899 przybyło 963 nowych studni (w r. 1898 tylko 603), a oczyszczono, przerobiono lub ulepszono 3376 starych (w roku 1898 tylko 321). Dla dokładności obrazu nie możemy jednak pominąć następującego ustępu sprawozdania:

„Aby zapobiegać brakowi dobrych studzien i powstrzymać szerzenie się epidemii tyfusu brzusznego i czerwonki w powiecie wielickim, zebrało kilka gmin tego powiatu na zachęcenie obecnego c. k. lekarza powiatowego dość znaczną kwotę pieniężną i oddało ją Radzie powiatowej. Pomimo tego, że od tego czasu już kilka lat minęło, pomimo kilkakrotnych urgensów c. k. starostwa do Rady powiatowej i c. k. Namiestnictwa do Wydziału krajowego, nie podjęto żadnej roboty w tym kierunku, a zebrane pieniądze (kilka tysięcy złr.) leżą bez użytku“. Rzecz to wprost oburzająca i prawie nie do wiary!

Również w sprawie kanalizacyi miast rok 1899 znaczny wykazuje postęp; tak samo sprawa bruków w miastach. Natomiast brak nam wiadomości o poprawie stosunków po wsiach. W Sprawozdaniu zeszłorocznem czytaliśmy, że choć w jednym powiecie (krakowskim) usunięto około 400 gnojowisk z bezpośredniego pobliża mieszkań. Czy zbawienna ta akcya zresztą w żadnym innym powiecie podjętą nie została?

2. Pokarmy, używki i napoie.

„Do wypełniania nadzoru policyjnego nad artykułami spożywczymi niema dotąd w kraju żadnych organów pomocniczych, niema również ustawy krajowej co do wykonywania nadzoru podczas targów gminnych“.

„Kontrola państwowa polega na tem, że lekarze powiatowi zwiedzają od czasu do czasu sklepy i biorą próbki celem zbadania. W roku sprawozdawczym jednak zaniedbywało wielu lekarzy urzędowych i ten sposób kontroli“.

„Sprawozdanie roczne za r. 1899 przedłożył c. k. Zakład dla badania środków spożywczych (w Krakowie) wprost c. k. Ministerstwu spraw wewn., nie uwiadomiwszy o tem c. k. Namiestnictwa nawet w odpisie i z tego też powodu nie można podać żadnych danych co do czynności tego Zakładu“.

Pracownie chemiczne miast Lwowa i Krakowa rozwijają się i wykazują wcale pokaźne liczby rozbiorów. Po powiatach badanie środków spożywczych, jak to już z przytoczonego wyżej dosłownie ustępu wynika, znacznie rzadziej się odbywa, choć i z powiatów przytacza Sprawozdanie liczne drastyczne przykłady fałszowania win, wódek, octu, herbaty i t. d., jak również konfiskat zepsutych ryb, serów, owoców niedojrzałych itp. Lecz Sprawozdanie czyni słuszną uwagę, że c. k. sądy nie zawsze występują z należytą surowością przeciw winnym.

Prawie wszędzie żalą się lekarze urzędowi na liczne pod względem sanitarnym braki w piekarniach, a wszelkie usiłowania, aby pod tym względem osiągnąć jaką poprawę, są prawie bezcelowe, gdyż przeciw każdemu zarządzeniu wnosi się natychmiast rekurs, który się ciągnie przez lata...

W końcu podnosi Sprawozdanie widoczny postęp na polu gospodarstwa mlecznego, gdyż liczba spółek mleczarskich stale się powiększa, co wpływa korzystnie na jakość masła i zachęca włościan do większej staranności około nabiału.

Na 736,566 sztuk bydła rogatego, zabitego w r. 1899 w rzeźniach, znaleziono 3,451, t. j. 4·8‰ sztuk gruźliczych, z których tylko 290 sztuk zniszczono, resztę uznano możliwą do użytku. Sprawozdanie jednak podnosi przypuszczenie, że gruźlica u bitego bydła zdarzała się częściej, aniżeli te przytoczone liczby wykazują.

3. Hygiena budowy mieszkań.

„Ustawa budowlana dla wsi i małych miasteczek Galicyi, której projekt od roku 1887 sześć razy przedkładano Sejmowi, otrzymała wreszcie sankcyę i obowiązuje od 20 marca 1900 r. Natomiast przygotowania do reformy istniejącej ustawy budowlanej dla Lwowa i Krakowa ani na krok w tym roku nie postąpiły.

Zresztą ruch budowlany coraz to mniejszy, choć te nowe domy, które powstają, zwłaszcza w obu stolicach, wykazują widoczny postęp. W Przemyślu zburzono 8 domów mieszkalnych i 11 zabudowań ze względów asanacyjnych. Miasteczko Jagielnica po pożarze odbudowało się podług nowo uregulowanego planu ulic; wybudowano około 250 domów z kamienia ciosowego.

Po wsiach postęp w budowaniu chałup chłopskich jest tylko w niektórych powiatach widoczny. Podobnież w małych miasteczkach. Sprawozdanie wyraża nadzieję, że nowa ustawa sprowadzi w tym kierunku zmiany na lepsze.

Podnieść należy, że aby zapobiedz dotkliwemu brakowi mieszkań dla robotników w Schodnicy i Borysławiu powstaje tam co roku po kilka domów na ten cel budowanych. Nowopowstała fabryka surogatów kawy w Horodence ma wzorowo urządzone mieszkania dla robotników. Podobnież przy tartakach w powiecie tureckim. Natomiast w fabryce sanockiej panują jak i w zeszłym roku smutne stosunki.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Program kursów wakacyjnych dla lekarzy,

które odbędą się od 8 do 29 lipca 1903 r. w Krakowie.

Zgłoszenia się i opłatę czesnego przyjmuje kwestura Uniw. Jag

1) Prof. Dr. Kostanecki: Anatomia narządu moczopłciowego od 6 do 11 lipca codziennie. Czesne 20 koron.

2) Doc. Dr. Bochenek: An tomia topograficzna klatki piersiowej i jamy brzusznej. Czesne 20 koron.

3) Prof. Dr. Bujwid: *a)* Praktyczne metody badania wody, powietrza i ważniejszych artykułów spożywczych. Ogółem 10 godzin. Czesne 20 koron.

b) Rozpoznawanie najważniejszych bakteryj i pasorzytów. Ogółem 4 godziny. Czesne 8 koron.

c) Szczepionki zapobiegawcze, ich badanie, oraz przyrządzanie. Ogółem 5 godzin. Czesne 10 koron.

4) Prof. Dr. Ciechanowski: Dyagnostyka anatomo-patologiczna z ćwiczeniami w sekcyach; 6 godzin tygodniowo, codziennie prócz niedziel od godziny 8 do 9 rano. Czesne 20 koron.

5) Prof. Dr. Korczyński: Praktyczny kurs dyagnostyki chorób wewnętrznych ze szczególnem uwzględnieniem klinicznych sposobów badania krwi, wydzielin i wydalin: przy współudziale asystentów: Dra Latkowskiego (badanie moczu), Dra Flisa (badanie plwocin, treści żołądkowej i kału), Dra Migsowicza (badanie krwi i płynów wypocinowych); 3 razy tygodniowo po 2 godziny, tj. we

wtorki, czwartki i soboty od godziny 8 do 10 rano. Czesne 24 koron.

5) Prof. Dr. Kader: *a)* Specyalna chirurgia i *practicum* ortopedyczne; 3 razy tygodniowo od godziny 11 do 1. Czesne 40 koron.

b) Kurs praktyczny operacyj na zwłokach i zwierzętach ze szczególnem uwzględnieniem chirurgii jamy brzusznej; 3 razy tygodniowo od godziny 11 do 1. Czesne 90 koron.

7) Prof. Dr. Trzebicky: Ćwiczenia w operacyach chirurgicznych w zakresie potrzebnym dla lekarzy praktycznych; codziennie od godziny $7^1/_2$ do 10 rano w oddziale chirurgicznym szpitala św. Łazarza. Czesne 40 koron.

8) Doc. Dr. Chlumsky: *a)* Praktyczny kurs miesienia (masażu); codziennie od godziny 11 do 12. Czesne 60 koron; liczba uczestników ograniczona.

b) Rozwój ortopedyi chirurgicznej w ostatnich latach; w soboty od godziny 3 do 5 popołudniu. Czesne 5 koron. Godziny wykładowe mogą być według umowy zmienione.

9) Prof. Dr. Wicherkiewicz: Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu najważniejszych chorób ocznych, ćwiczenia w wziernikowaniu, demonstracye operacyj ocznych; 3 razy tygodniowo od godziny 8 do 10 rano. Czesne 24 koron.

10) Prof. Dr. Jordan: *a)* Ćwiczenia w badaniu, rozpoznawaniu i leczeniu chorób ginekologicznych; 5 razy tygodniowo od godziny 10 do 12. Czesne 40 koron. Najwyżej dla 20 uczestników; zamiejscowi mają pierwszeństwo.

b) Z pomocą asystentów klinicznych: Ćwiczenia w badaniu ciężarnych rodzących i położnic; 5 razy tygodniowo od godziny 9 do 10 rano, i — o ile będzie materyał — popołudniu o godzinie 4; dyżury. Czesne 40 koron. Najmniej 12, a najwyżej 20 uczestników; zamiejscowi mają pierwszeństwo.

11) Prof. Dr. Jakubowski: Pogląd na nowoczesne sposoby badania, rozpoznawania i leczenia chorób dzieci, wraz z demonstracyami na chorych w klinice i ambulatoryum pedyatrycznem; 3 godziny tygodniowo od godziny 9 do 10 rano (w poniedziałki, wtorki środy). Czesne wraz z następnym kursem.

12) Prof. Dr. Raczyński: *a)* Nowsze metody leczenia chorób zakaźnych z szczególnem uwzględnieniem seroterapii i intubacyi. Od godziny 9 do 10 rano we czwartki, piątki i soboty. Czesne za oba te kursa tj. 11) i 12) razem 30 koron.

b) Choroby przewodu pokarmowego i dyetetyka żywienia osesków; w niedzielę od godziny 10 do 12. Czesne 20 koron.

13) Doc. Dr. Krzyształowicz: Ćwiczenia praktyczne w rozpoznawaniu i leczeniu chorób skórnych i wenerycznych; 5 godzin tygodniowo, od godziny 9 do 10 rano na materyale kliniki dermatologicznej. Czesne 20 koron.

14) Prof. Dr. Domański: O badaniu i rozpoznawaniu chorób układu nerwowego; 3 godzin tygodniowo, od godziny 8 do 9 rano. Po porozumieniu się może nastąpić zmiana godzin. Czesne 12 koron.

15) Prof. Dr. Browicz: Kurs otyatryi; 5 godzin tygodniowo od godziny 12 do 1 w południe. Czesne 20 koron.

16) Prof. Dr. Pieniążek: Kurs praktyczny o chorobach górnych dróg oddechowych z szczególnem uwzględnieniem ich zwężeń; przy współudziale asystenta Dra Nowotnego; 5 godzin tygodniowo od godziny 10 do 11 rano. Czesne 20 koron.

† Dr. Władysław Jasiński.

D. 26 kwietnia zakończył życie bodaj że najstarszy wiekiem lekarz we Lwowie, dr. Władysław Jasiński, człowiek bardzo znany i uznany dla swej wszechstronnej działalności na różnych polach zawodu lekarskiego.

Zmarły urodził się r. 1827 w obwodzie jasielskim; nauki średnie pobierał w Drohobyczu i Brzeżanach; dwuletni kurs filozoficzny odbył we Lwowie. W r. 1849 udał się do Wiednia, gdzie obok nauk lekarskich z zamiłowaniem zajmował się klasykami greckimi i piśmiennictwem angielskiem. Osiągnąwszy w r. 1855 stopień doktora medycyny, chirurgii i magistra położnictwa, powrócił do Lwowa i objął obowiązki asystenta w klinice prof. Ducheka. Party żądzą dalszego kształcenia się, wrócił r. 1857 do Wiednia i tam doskonalił się w sztuce lekarskiej. W r. 1858 wstąpił do wojska austryackiego, jako lekarz; w 1859 odbył kampanię włosko francusko-austryacką, następnie bawił w Tryeście, później w Moguncyi, skąd odbył dłuższą podróż po zdrojowiskach niemieckich, zwiedził Szwajcaryę, Francyę i Anglię. W końcu r. 1860, uwolniwszy się ze służby wojskowej, osiadł we Lwowie, gdzie od r. 1866 pełnił szereg lat obowiązki kierownika szpitala więziennego. Przed kilku laty, zmęczony życiem i obarczony wiekiem przeszedł w stan spoczynku, obdarzony przy tej sposobności tytułem i dekoracyą, lecz zaszczytów tych umysł jego jakoś docenić nie potrafił. Po za czynnościami lekarza szpitalnego i praktykującego, z zamiłowaniem oddawał się piśmiennictwu: wrażenia z licznych podróży, spostrzeżenia poczynione w zdrojowiskach, zakładach i t. d. znalazły swój wyraz w liczących publikacyach, pomieszczanych w dziennikach zawodowych i politycznych. Prócz ścisłości człowieka nauki, w pracach ś. p. Jasińskiego górowała zdolność popularyzowania, właściwy mu styl obrazowy, a często i poetyczne odczucie piękna przyrody. Żyjąc w odosobnieniu, ze swojemi myślami, przemyślał wiele, wyrobił własny pogląd na sprawy tego świata, był indywidualistą, nie hołdującym doktrynie i żadnemu dogmatyzmowi. W piersiach jednak Zmarłego kolegi spoczywało wielkie miłosierne serce ludzkie: odosobniony w pojęciu towarzyskiem, duszą zespalał się ze społeczeństwem, nasłuchując jego skarg i żalów; powoli gromadzony kapitał, grosz do grosza, urósł do kwoty przeszło ćwierć miliona koron, którą zapisał Tow. lekarzy galicyjskich, opiekującemu się, jak wiadomo, losem podupadłych lekarzy, oraz wdów i sierot po lekarzach. Ten dar wspaniały, przykładu którego naprożnobyśmy szukali w dziejach naszych Tow. lekarskich, przychodzi w chwili najcięższej dla stanu lekarskiego, w chwili wprost przełomowej, co właśnie podwaja jego wartość. Czyn ten szlachetny przekaże Jego imię późniejszym pokoleniom, a wdzięczna pamięć przetrwa wieki w sercach kolegów. Pokój Jego popiołom

Dr. A. Kwaśnicki.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 7. maja.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem przyjęto w poczet członków czynnych Dr. J. Frączkiewicza; następnie miał wykład kol. doc. Bochenek na temat „Jak rozwinęło się uzębienie ludzkie?“

* Donoszą nam z Madrytu, że organizacya Kongresu lekarskiego była w wysokim stopniu niedołężną i wywołała cierpkie uwagi członków zagranicznych. Przewodniczących Komitetów narodowych, polskiego i czeskiego, niedopuszczono do słowa powitalnego, a w imieniu wszystkich lekarzy austryackich przemawiał prof. Schrötter, po nim zaś..... reprezentant Bośni. Więc narody wielomilionowe, polacy i czesi, posiadający 2 Akademie umiejętności, 3 uniwersytety i liczne towarzystwa naukowe, nie mają tych praw reprezentacyi na Kongresie naukowym, które posiada Bośnia, będąca w świecie ducha jeszcze mgławicą bez krystalicznego jądra. Co i kogo właściwie reprezentuje taki przedstawiciel Bośni? Snać tyle wytwarzamy chaosu w Austryi, że mamy go i na eksport.

Zapewne, jest to w gruncie rzeczy sprawa podrzędna; lecz naród, pozostający w tak trudnem, jak nasze, położeniu nie powinien rezygnować z żadnego objawu swego istnienia: polski komitet narodowy na Kongresie następującym ma obowiązek wspólnie z Komitetem czeskim tę sprawę wyjaśnić, mianowicie, czy to usuwanie reprezentacyi polskiej i czeskiej od praw, które już posiadała, jest centralistycznem zarządzeniem rządu austryackiego, czy też są to postanowienia Komitetów, organizujących Kongresy. Wysunięcie reprezentacyi bośniackiej na widownię Kongresu naukowego przemawia raczej za dyplomacyą i logiką austryacką.

* Rada m. Krakowa na posiedzeniu d. 30 kwietnia mianowała lekarzami miejskimi: Dr F. M. Bernacińskiego i Dr. A. Zopotha.

* Kierownictwo oddziału chorób wewnętrznych w krakowskim szpitalu Braci Miłosierdzia objął prof. Pareński, sekundaryuszem został mianowany Dr. Frączkiewicz. Podana przez nas wiadomość o objęciu tego stanowiska przez Dr. Rożeckiego okazała się mylną.

* Warszawskie Towarzystwo higieniczne wybrało nowy zarząd: prezesem został wybrany Dr. J. Polak, wiceprezesem Dr. Palmirski, sekretarzem Białobrzeski.

* Dr. Stanisław Kaczkowski mianowany został etatowym ordynatorem kliniki okulistycznej w Warszawie.

* Profesor J. Mierzejewski mianowany został członkiem honorowym Towarzystwa psychiatrycznego w Petersburgu.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniwers. Jagiell. otrzymał Tadeusz Pisarski.

* Wyroby p. Mikolascha „syrop sulfogwajakolowy", oraz tenże syrop z dodaniem kola, upoważniło ministeryum spraw wewnętrznych do sprzedaży aptecznej, o ile przetwory te będą zapisywane przez lekarzy.

* Profesor Neusser wyjechał z Wiednia na dwumiesięczny urlop.

* Związek wiedeńskich słuchaczów medycyny, który już wiele zadał sobie trudu dla poprawy bytu starszych swoich braci — lekarzy, zwołuje w tej sprawie wiec do Wiednia w dniu Zielonych Świątek i wzywa członków rakuzkich Izb lekarskich do wzięcia udziału, a w szczególności do wygłoszenia odczytów z zakresu społeczno-lekarskiego.

* XV międzynarodowy Kongres lekarski odbędzie się r. 1906 w Lizbonie.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XV (12—18—IV). Ludność średnia roczna wynosi 95.925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 4, urodziło się dzieci 82, zmarło osób 74, mianowicie: z gruźlicy 9 (2 zam.), z zapalenia płuc 17 (6 zam.), z płonicy 4 (3 zam.), z duru brzusznego 2 (zamiejscowi), z cholery niemowląt 5.

* Między 15 a 21 kwietnia doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim (1 gm), brzeżańskim (1 gm.), buczackim (1 gm), cieszanowskim (1 gm), dobromilskim (1 gm.), drohobyckim (2 gm.), horodeńskim (2 g.), jaworowskim (3 gm.), lwowskim (4 gm.), myślenickim (1 g.), nadwórniańskim (2 g.), peczeniżyńskim (2 g.), podhajeckim (1 g.), przemyskim (2 g.), przeworskim (4 g.), rawskim (1 g.), samborskim (1 g.), skałackim (1 g.), śniatyńskim (2 g.), tarnopolskim (1 g.), tłumackim (1 g.), trembowelskim (2 gm.), złoczowskim (2 g.).

Mianowania i odznaczenia. Mianowani: Dr. Ławrow — prof. nadzwyczajnym farmakologii w Dorpacie. Dr. Bartels w Berlinie otrzymał tytuł profesora za prace z dziedziny antropologii. Dr Chłopin mian. profesorem higieny w Odesie.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Veit, b. profesor ginekologii w Bonn.

Bibliografia.

— *Zdrowie* Nr. 5. J. Piotrowski: O hartowaniu ciała. Kopczyński: Nerwowość młodzieży szkolnej. Serkowski: Wystawa higieniczno-spożywcza w Łodzi.

— *Gazeta lekarska* Nr. 17. Kopczyński: W sprawie anatomii patologicznej i patogenezy pląsawicy. H. Landau: Trzy przypadki połowiczego zaniku języka (c. d.). Koenigstein: O wartości leczniczej adrenaliny w cierpieniach nosa, gardła i krtani (dok.).

— *Medycyna* Nr. 17. Majkowski: O wysypkach skórnych swędzących wieku dziecięcego (dok.). Mintz: O leczeniu kamicy żółciowej (dok.).

— *Kronika lekarska* Nr. 8. Grudziński: O rozpoznaniu różniczkowem pomiędzy padaczką a histeryą (c. d.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 17. Brabec: O empyemu dutiny čelni. Kutwirt: Polypus plicae salpingofaryngeae. Crha: Léčeni vláknitového zánětu plic kreosotalem. Chalupecký: Depresse a reklinace katarakty.

— *Lékařské rozhledy* Z. 4. Ostrčil: Jakým způsobem možno si v některých případech usnadniti embryotomii. Mladějovski: Zásadité salinické vody lázni Marianských při diabetu. Vitek: Několik poznámek ku symptomatologii tabes dorsalis.

— *La Presse médicale* Nr. 33. 1) XIV Congrès international de medecine. 2) III Congrès international de thalassothérapie.

— Nr. 34. Lévy: Leczenie psychiczne histeryi. Ponowne wychowanie (*réeducation*). Hallé: Powikłania nerwowe grypy.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 17. Oppenheim: Ogólne zapalenie mięśni. Pfister: Zaburzenia przy budzeniu się ze snu. Wolff: Przyczynek do nauki o morfologicznych procesach przy zakażeniu i odporności. Ascoli i Bezzola: Zachowanie się przeciwgorączkowej siły surowicy krwi w dławcowem zapaleniu płuc. Rothmann: Ostra przemijająca afazya (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 17. Schmidt: Wykazanie i oznaczenie indolu w kale za pomocą dimetylamidobenzaldehidowego odczynu Ehrlicha. Baumstark: Oznaczenie produktów gnicia w moczu i kale przy użyciu aldehidowego odczynu Ehrlicha. Goetjes: Przyczynek do sprawy leukocytozy w zapaleniu wyrostka robaczkowego. Kehr: W których punktach ja różnię się od poglądów Riedela na chirurgię kamieni żółciowych? Schmidt: Dwa przypadki podskórnego zgniecenia nerek z zejściem pomyślnem. Fraenkel: Niektóre prawa zasadnicze dla ocenienia i leczenia urazu brzucha. Wieting i Effendi: W sprawie wyjęcia pocisku z mózgu przy przeszywającym postrzale czaszki. Heller: Kiła sutka. Gutkind: Wynik sekcyi przypadku z wrodzoną wadą serca. Sachs: Nowa prześwietlająca lampa i jej zastosowanie w okulistyce. Mohr: Ulepszony skraplacz dla wyjaławiania płynów, używanych do oczów.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 18. Mraček: Kiła matek i noworodków. Przyczynek do nauki o kile dziedzicznej. Kretz: Teorya hemoglobinuryi napadowej. Kapsammer: Samoistne kruszenie się kamieni pęcherzowych. Lorenz: Przyczynek do nabytych zniekształtnień stawu łokciowego.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 18. Brieger i Mayer Dalsze doświadczenia nad wydobyciem substancyi swoistych z bakteryi. Kayser: Paratyfus. Spengler: Torakoplastyka i odkażanie jam w suchotach płucnych. Lilienfeld: Leczenie rwy nerwu trójdzielnego. Reckzeh: O miejscowem zakażeniu zimniczem i o cherze zimniczej. Oberwarth: Pierwotne zgorzelinowe zapalenie gardła u dziecka (dokończenie).

Redakcya otrzymała. Wąsowicz: O leczeniu przewlekłych chorób serca w Krynicy na podstawie własnych spostrzeżeń. — Materyały antropologiczno-archeologiczne i etnograficzne, wydawane staraniem komisyi antropologicznej Akademii Umiej. w Krakowie.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 13 maja, o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy***, posiedzenie nadzwyczajne, na którem kol. Dr. Eisenberg mówić będzie: „O najnowszych zdobyczach bakteryologicznych w sprawie duru brzusznego".

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

KONKURS.

W gminie **Trawnik** w Bośnii obsadzoną będzie obecnie wolna posada drugiego lekarza gminnego, który wykonywać będzie służbę sekundaryusza w tamtejszym szpitalu gminnym i prowadzić wspólnie z dyrektorem szpitala sprawy administracyjne.

Z posadą tą związana jest roczna pensya 1200 koron, wolne mieszkanie (urządzony pokój w budynku szpitalnym) wraz z opałem, obsługą, oświetlenie w szpitalu samym — jak również całe utrzymanie, względnie miesięczne relutum 60 koron, bez zwrotu kosztów przyjazdu.

W czasie wolnym od służby, wolno jest lekarzowi wykonywać prywatną praktykę, w pierwszym rzędzie musi on jednak leczyć bezpłatnie ubogich chorych miejskich.

Również musi drugi lekarz gminny brać udział w badaniu publicznych prostytutek, za co otrzymuje 30% z przypadającej w badaniu należytości.

Drugi lekarz gminny obowiązany jest dalej do spełnienia służby sądowo-lekarskiej i sanitarno-policyjnej i po za granicami miasta a w tym ostatnim przypadku za wynagrodzeniem przynależnym mu według unormowanych przepisów (zwrotu kosztów podróży, dyety, należytości, za rzeczoznawstwo).

Drugi lekarz gminny musi być doktorem wszech nauk lekarskich jednego z uniwersytetów austro-węgierskich — musi być poddanym państwa austryackiego lub krajów okupowanych i musi wykazać znajomość jednego z języków słowiańskich. Nie żonaci będą mieli przy równych kwalifikacyach pierwszeństwo.

W razie zerwania umowy z jakiegokolwiek powodu nie będzie miał mianowany kandydat do żądania odprawy pieniężnej lub zwrotu kosztów podróży.

Podania należycie udokumentowane odpowiednio opatrzone bośniacko-hercegowińskimi stemplami należy wnosić najdalej do 31 maja 1903 do magistratu miasta **Trawnika** w Bośnii.

Trawnik dnia 28 kwietnia 1903.

Burmistrz *Hadżi Rifat eff. Smajlhadić*

L. 751.

Konkurs.

Wydział Rady powiatowej w Żydaczowie rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą **w Nowemsiole** z płacą roczną 1.000 Kor. i ryczałtem na podróże służbowe 600 Kor. rocznie.

Okręg sanitarny w Nowymsiole obejmuje gminy: Nowesioło, Obłaźnica, Żyrawa, Izydorówka, Sulatycze, Balicze podróżne i zarzeczne, Machliniec, Hanowce, Ruda, Juseptycze, Krechów, Łówczyce, Jajkowce, Mazurówka, Lubsza i Smuchów, z ludnością 13.471 dusz.

Lekarz okręgowy ma obowiązek utrzymywać aptekę domową.

Kompetenci prócz dostatecznej fizycznej zdatności wykazać mają: 1) prawo obywatelstwa austryackiego; 2) dyplom doktora wszech nauk lekarskich uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej; 3) nieskazitelny charakter; 4) znajomość języków krajowych; 5) praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim. Między kandydatami mają pierwszeństwo ci, którzy się wykażą dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu lekarskiego, lub egzaminem fizykackim.

Podania wnosić należy do Wydziału Rady powiatowej w Żydaczowie najdalej do dnia **31 maja 1903.**

Żydaczów, 31 marca 1903.

C. k. Ministerstwo spraw wewnętrznych w Wiedniu.

Do L. 944/M. I.

ROZPISANIE KONKURSU.

Przy c. k. Zakładzie powszechnym do badania środków spożywczych i wskazanych w ustawie z dnia 16 stycznia 1896, dz. pr. p. nr. 89 ex 1897 przedmiotów użytku w Krakowie, będzie obsadzona posada inspektora, ewentualnie adjunkta i asystenta z systemizowanemi poborami VIII klasy rangi pobór początkowy 3600 kor. dodatek aktywalny 720 kor., względnie IX klasy rangi, pobór początkowy 2800 kor., dodatek aktywalny 600 kor., względnie X klasy rangi, pobór początkowy 2200 kor. dodatek aktywalny 480 k.

Podania o udzielenie tych posad należy wnosić do c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych najdalej do dnia 25 maja 1903 r.; kompetenci, którzy już pozostają w c. k. służbie państwowej, lub też we wspólnej c. k. służbie państwowej, winni wnosić podania w przepisanej drodze służbowej.

Do podań należy dołączyć:

1. Metrykę urodzenia;

2. Dowód zupełnej znajomości języków niemieckiego i polskiego, mianowicie też w kierunku fachowo-naukowym. Kompetenci, którzy obok innych wymogów udowodnią również znajomość języków ruskiego i rumuńskiego, względnie jednego z tychże języków, będą mieli pierwszeństwo;

3. Dowód naukowego wykształcenia przyrodniczego uniwersyteckiego a zwłaszcza w tych działach, które stanowią przedmiot egzaminu dyplomowego dla znawców środków spożywczych, rozporządzenie ministeryalne z dnia 1 sierpnia 1900 r. Dz. pr. p. nr. 133. Dowód ten należy ewentualnie uzupełnić odnośnymi alegatami w razie gdyby petent pracował w zawodzie nauczycielskim, albo w dziedzinie badania środków spożywczych.

Kompetenci, którzy nie są stałymi urzędnikami w c. k. służbie państwowej. winni prócz tego udowodnić prawo obywatelstwa w państwie austryackiem, kompetenci zaś, nie pozostający w c. k. ani też w c. i k. służbie państwowej, mają dostarczyć urzędowego świadectwa moralności oraz świadectwa zdrowia, wystawionego przez rządowego lekarza.
